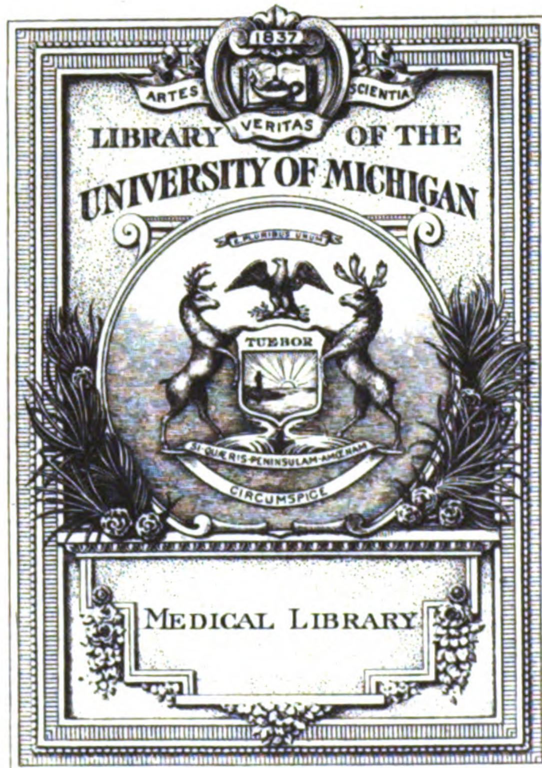


ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

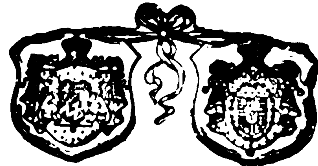
von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXVI. Jahrgang. 1913.

Erste Beilage:
Berichte über Versammlungen.



Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Seite

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Allenstein (Meyen).
Säuglingsfürsorge. Dr. Klare 1
Fürsorge für uneheliche Säuglinge und Säuglinge unter den Haltekindern. Dr. Fischer. 8
Bekämpfung der Hebammenpfuscherei. Dr. Abramowski und Dr. Müller. 12
Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Königsberg (Israel).
Besichtigung des Lepraheims 18
Diagnose und Pathologie der Lepra. Dr. Geßner 18
Besichtigung der Quarantäneanstalt 21
Kreisarzt und Fürsorgestellen. Dr. Richter 22
Einrichtung und Organisation der Fürsorgestellen. Dr. Boerschmann 23
Regelung des Desinfektionswesens. Dr. Solbrig 25
Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stade (Mohrmann).
Rückgang der Geburten im Reg.-Bez. Stade. Dr. Hallwachs. . 25
Das Rettungswesen im Reg.-Bez. Stade Dr. Prölß. 30
Beaufsichtigung der Hebammen. Dr. Guttmann. 33
Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Coblenz (Marmann.)
Paratyphusepidemie. Dr. Koeppe 36
Kläranlage der Stadt Simmern. Dr. Fricke 38
Nebenwirkungen der Serumtherapie. Dr. Hilgermann 38
Bedeutung der Muchschen Granula im Sputum Tuberkulöser. Dr. Marmann 40
Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stralsund (Stumm).
Die soziale Fürsorgetätigkeit im Bezirk. Dr. Beumer. 41
Die gesundheitlichen Einrichtungen in den Seebädern. Dr. Gerloff 44
Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Erfurt (Ehlers).
Versorgung der Städte mit Milch. Dr. Heydloff 46
Die Säuglingssterblichkeit auf dem Lande. Dr. Ebhardt . . . 47
Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins (Dugge).
Ueber Hebammenvereinswesen. Dr. Wilhelmi. 50
Hebung der Körperpflege. Dr. Buschmann 50
Eindrücke von der ärztlichen Studienreise nach Amerika. Dr. Unruh 55
Sitzung des Elsaß-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins (Hecker).
Weitere Entwicklung der kreisärztlichen Institution. Dr. Pawolleck 56
Kreisärztlicher Gebührentarif. Dr. Hecker. 56
Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins (Schwarzkopf).
Vollzugsverfügung zu dem Oberamtsarztgesetz. Dr. Maisch . . 59
Schularztdienstanweisung. Derselbe 63

Seite

Herbstversammlung des Badischen staatsärztlichen Vereins (Becker).
Ueber Gefrierfleisch. Dr. Hahn 68
Forschungen auf dem Gebiet der Bronchiogendrüsenbildungen. Dr. Aschoff. 77
Freudsche Psycho-Analyse. Dr. Hoche 78
Die Blattern in Baden 1912. Dr. Link, Dr. Geyer, Dr. Wolfahrt und Dr. Becker 79

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden (Liedig).
Anstellung von Schulärzten, insbesondere auf dem Lande. Dr. Schlüter und Dr. Löer 89
Sauberkeit im Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln. Dr. Nünninghoff und Dr. Treue 98

Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf (Hofacker).
Alkoholfürsorgestellen. Dr. Gentzen 106
Ein Fall von außergewöhnlich langem Scheintod. Dr. Hofacker 107
Ruhrendemie. Dr. Schrakamp 108
Typhusepidemie in Rheydt. Dr. Krause 108

Bayerischer Medizinalbeamtenverein.
Kreisversammlung Niederbayern 108

Oberfränkische Kreisversammlung (Ernst).
Ruhegehalt der Bezirksärzte 109
Amtsärztliche Gebühren 109
Mitwirkung der Verwaltungsbehörde bei der Qualifikation. Dr. Schneller 109

Mittelfränkische Kreisversammlung (v. Ebner).
Ist die bakteriologische Milch-Untersuchung ein Bedürfnis? Dr. Federschmidt 111

Schwäbische Kreisversammlung (Dr. Graßl).
Vorkehrungen gegen Diphtherie. 112

Versammlung des Pfälzischen Medizinalbeamtenvereins (Alafberg).
Die Gebühren der Bezirksärzte. Dr. Kühn 113

Oberpfälzische Kreisversammlung (Boekale) 117

Unterfränkische Kreisversammlung 117

II. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz (Rott).
Stillbeihilfen zur Förderung des Stillens. Dr. Rott und Paul . . 119
Organisation der Kleinkinderfürsorge. Dr. Freund und Dr. Gottstein 122

Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam (Roth).
Stand des schulärztlichen Dienstes im Reg.-Bez. Dr. Nowack. . 126
Schulzahnpflege. Dr. Aust 130
Durchführung des Hausarbeitsgesetzes. Dr. Wilhelm. 139
Strafvollzug in den Vereinigten Staaten Dr. Marx 142

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cöln (Peters).
Organisation der Wohlfahrtspflege in den Städten. Dr. Krautwig 146
Vereinheitlichung der Wohlfahrtspflege auf dem Lande. Gerdes 149
Säuglingssterblichkeit und Fürsorgemaßnahmen. Dr. Meerbeck und Dr. v. Schlegtendal 154

Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen (Cimbal).
Bedeutung der Scapula scaphoidea. Dr. Dräseke 158
Status des vegetativen Nervensystems. Prof. v. Bergmann. . . 159
Unterbringung der Psychopathen. Dr. Hinrichs 159
Beurteilung psychopathologischer Jugendlicher. Dr. Cimbal . . 159
Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen. Dr. Lienau und Dr. Passow 160
Ablehnung des Begriffs Hysterie. Dr. Steyerthal 160

Seite

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Marienwerder (Rathmann).
Ursachen des Geburtenrückgangs in Marienwerder. Dr. Witting und Dr. König 161
Sanitätspolizeiliche Anforderungen an kleine Krankenhäuser. Dr. Göhlmann 164

Versammlung der Kreismedizinalbeamten des Reg.-Bez. Liegnitz (Schmidt).
Betätigung des Kreisarztes bei der Jugendpflege. Dr. Scholtz und Dr. Hirschfeld 166
Gesundheitliche Gefahren durch galizische Arbeiter. Dr. Wagener 171
Tätigkeit und Erfolge der Gesundheitskommissionen. Dr. Meyer und Dr. Gebhardt 176

Oberbayerische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins (Marzell).
Dienstaversum und Ruhegehalt der Bezirksärzte 178
Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten. Dr. Rimpau . . . 179

Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins (Dugge).
Gründung von Hebammenvereinen. Dr. Dugge 182
Säuglingspflege und Kostkinderheime. Dr. Stephan 182
Begutachtung der Rentenbewerber und Rentenempfänger durch die Kreisärzte. Dr. Unruh 183
Kreisarzt und Kraftwagen. Dr. Elfeld 183
§ 300 Str.-G.-B. und Caput III § 4 der Medizinalordnung. Dr. Mulert 184
Kostenfreiheit der zur Seuchenbekämpfung notwendigen bakteriologischen Untersuchungen. Dr. Dannien 184

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cassel (Rapmund jun.).
Die diagnostischen Aufgaben des beamteten Arztes bei geistig abnormen Jugendlichen. Dr. Tuczeck 185
Kreisarzt und Jugendpflege. Dr. Matzdorff. 186
Krankenpflege- und Rettungswesen auf dem Lande. Dr. Kahl . . 186

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg (Rapmund jun.).
Bakteriologie und Epidemiologie der Diphtherie. Dr. v. Drigalski 189
Leichenöffnung und Untersuchung auf Gifte bei einzuäschernden Leichen. Dr. Schulz 193

Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Königsberg (Israel).
Schwarzpulver- und Nitro-Pulver-Schüsse. Dr. Puppe 196
Mikroskopische Untersuchungen von Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens. Dr. Nippe 197
Adipocire-Reaktionen. Dr. Nippe 197
Kalkseifenknötchen, eine Leichenerscheinung. Dr. Nippe 197
Demonstration eines etwa 10 Tage alten menschlichen Eies. Dr. Puppe 197
Tentorium-Zerreißungen. Obduktionsmethode zur Erkennung derselben. Dr. Puppe. 197
Priorität der Schädelbrüche. Dr. Puppe 198

Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins (Schwarzkopf).
Benutzung des Autos im dienstärztlichen Verkehr. Dr. Maisch und Dr. Palmer. 199

Hauptversammlung des Thüringischen Medizinalbeamtenvereins.
Entmündigung wegen Trunksucht und Trinkerfürsorge. Dr. Binswanger 200
Gemeinsame Dienstanweisung für die beamteten Aerzte Thüringens. Dr. Brauns 206
Stellung der Medizinalbeamten zur Angestelltenversicherung. Dr. Scheube 207

Seite

Versammlungen des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands. (Gastpar).
Anforderungen in körperlicher und geistiger Beziehung an Schulanfänger. Dr. Steinhaus und Dr. Wehrhahn 207
Schulschwestern und deren Tätigkeit Dr. Oebbecke 207
Bedeutung der Landerziehungsheime vom hygienischen und pädagogischen Standpunkte. Dr. Lietz und Dr. Sexauer 207
Bedeutung des Straßenlärms für die Schule. Dr. Stephani . . . 208
Aufgaben der Schulärzte bei der hygienischen und sexuellen Belehrung. Dr. Gentzen und Dr. Clara Bender 208

Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins (Dugge).
Kreisarzt und Feuerbestattung. Dr. Dugge 209
Isolierbaracken in kleinen Krankenhäusern. Dr. Buschmann . . 209
Alkoholversuche bei Geisteszustandsprüfungen. Dr. Stephan . . 209
Wert der Desinfektionsmaßnahmen. Dr. Unruh 210

38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege (Schwabe).
Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Dr. Gastpar. . . 212
Müllverbrennung. Sperber 214
Abwässerbeseitigung bei Einzel- und Gruppensiedelungen. Dr. Thumm 214
Wert der Desinfektionsmaßnahmen. Dr. Heim. 215
Geburtenrückgang und Volksgesundheit. Dr. v. Gruber 217

IV. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz (Rott).
Geburtenrückgang und Säuglingsschutz. Dr. Wolf und Dr. Langstein 223
Der Arzt in der Säuglingsfürsorge. Breyer und Dr. Salge . . 226
Die Rechtsstellung des unehelichen Kindes. Landsberg und Dr. Köhler 228

Verhandlungen des Royal Institute of public health. Pariser Kongreß 1913 (Gotte).
Kinderstudium und Eugenie 231
Die Gesundheit als Faktor der Rassenentwicklung. Lindsay . . 231
Eugenie und öffentliche Gesundheitspflege. Dr. Saleeby 231
Unterdrückung der venerischen Krankheiten. Dr. White 231
Eugenie in der Säuglingserziehung. Dr. Raimondi. 232
Die Wohnung der kinderreichen Familien. Dr. Broca 232
Vererbung der geistigen Eigenschaften. Dr. Hyslop 232
Vorbeugung geistiger Defekte bei Kindern. Dr. Thomson . . . 232
Untersuchung der Besucher der Hilfsschulen. Dr. Sayer 232
Statistik nach rassenhygienischem Gesichtspunkt. March 232

85. Deutsche Naturforscher- und Aerzteversammlung.

9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin gleichzeitig XXXI. Abteilung für gerichtliche Medzin der Naturforscherversammlung.
Eine eigentümliche Leichenveränderüng. Dr. Marx 233
Leichenerscheinungen. Dr. Bohne 234
Leichenkonservierung durch Milchsäurevergiftung. Dr. Popp. . . 234
Selbstmord und Unfallversicherung. Dr. Nippe 234
Histologische Untersuchung der Lungen Neugeborener. Dr. Nippe 235
Forensische Begutachtung von Verengerungen des Verdauungstraktus. Dr. Marx 235
Der Ritualmord in Kiew und die ärztlichen Sachverständigen. Dr. Ziemke 236
Berufserkrankungen und Unfall. Dr. Curschmann 237
Traumatische Neurosen. Dr. Quensel 237
Mord durch Ersticknug. Dr. Horoskiewicz 238
Photogrammetrie und Kriminalistik. Dr. Eichberg. 238
Die Schreibmaterialen in gerichtlicher Beziehung. Dr. Lochte . . 238
Schrift- und Urkundenfälschung. Dr. Popp 238
Die Schriftvergleichung. Dr. Kockel 239
Untersuchungen zum Tode durch Ersticken. Dr. Ipsen 239

Seite
Akonitinvergiftung. Dr. Ipsen 239
Beobachtungen aus der Schußtechnik. Dr. Popp 240
Medizinische Quecksilbervergiftung und Idiosynkrasie. Dr. Merkel 240
Verteilung des Kohlenoxydes im Blut damit Vergifteter. Dr. Wachholz 240
Vergiftung durch Arsenik und Schwefelsäure; Demonstrationen. Dr. Horoszkiewicz und Dr. Haberda 241
Tötungsversuche an Kindern durch Einstechen von Nadeln in den Kopf. Dr. Meixner 241
Nebennierenbefunde bei Verbrennungen. Dr. Kolisko 241
Unfälle durch Ueberfahrenwerden. Dr. Beykovsky. 241
Gefährliche Menschentypen. Dr. Anton 242
Begutachtung der Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems. Dr. Weygandt 242
Psychologie der Haft. Dr. Marx 242
Haftpsychosen. Dr. Raimann 243
Jugendgerichte. Dr. Stein 243
Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. Dr. Flinker . . 243
Zurechnungsfähigkeit der degenerativen Phantasten. Dr. Kalmus 243
Untersuchnng verbrannter Knochen. Dr. Bürger. 243
Die Beurteilung der Zwitter. Dr. Fraenckel. 244
Diagnostik des Ertränkungstodes. Dr. Fraenckel 244
Purkinje'sche Zellen. Dr. Meixner. 244
Zerebrale Haemorrhagien. Dr. Merkel 244
Blutspritzer. Dr. Haberda 244
Die Empfängniszeit. Dr. Haberda. 244
Abteilung für öffentliches Gesundheitswesen.
Malariabekämpfung im österreichischen Küstenlande. Dr. v. Celebrini 245
Bodenassanierung zur Bekämpfung der Malaria in Dalmatien. J. Horowitz 246
II. Deutscher Fürsorgestellentag in Berlin (Kögel).
Organisation der Fürsorgestellen für Lungenkranke. Dr. May . . 246
Aufgaben der Fürsorgeschwestern. Dr. Oertel 248
XI. internationale Tuberkulosekonferenz (Kögel).
Der Mensch und die Tuberkulose. Landoucy und Hamburger 249
Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Dr. Brauer und Tuffier. 249
Bedeutung des Versicherungswesens für Bekämpfung der Tuberkulose. K. Fränkel und Dr. Kaufmann 249
Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder. Blumenthal und Chaptal. 251
Anzeigepflicht bei Tuberkulose. v. Glasenapp 251
Untersuchungen zur Frage der Phthisiogenie. Dr. Hillenberg . 251
Die Frau im Kampf gegen die Kinder-Tuberkulose. Frau Annemanns 251
Die Tuberkulose unter den Lehrern. Dr. Altschul. 251
Jubiläums-Stiftung des deutschen Lehrervereins. Lehrer Lorenz . 251
Schwangerschaft und Tuberkulose. Dr. Crédé-Hoerder . . . 252
Informationsreisen 252
Lupus-Ausschuß des Deutschen Zentral-Komitees 252

Anhang.

Offizieller Bericht über die IX. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in Breslau am 12. und 13. September 1913.

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl und Bericht der Kassenrevisoren . 5
Der Schutz gegen Geisteskranke. Dr. Leppmann. 8
Vorstandswahl 27
Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute. Dr. Lesser . . 28
Moderne Prostituiertenuntersuchung. Vorschläge zur Hygiene im polizeiärztlichen Untersuchungszimmer. Mit Demonstrationen. Dr. Dreuw 39

Seite
Gesetzlicher Seuchenschutz.
A. Die staatliche Seuchengesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des Auslandes. Dr. Gumprecht 72
B. Praktische Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen im Inlande und die dabei gemachten Erfahrungen. Dr. Krause 131
Mitgliederzeichnis 186
Anlage zu: Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute.

Offizieller Bericht über die XXIX. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu Berlin am 25. April 1913.

Eröffnung der Versammlung 1
Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren 4
Entwurf eines Wohnungsgesetzes. Dr. Wolff 7
Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung. Dr. Rogowsky 23
Neuere Verfahren der Abwässerreinigung. Dr. Abel 31
Bericht der Kassenrevisoren und Vorstandswahl 59
Generalversammlung der Jubiläumsstiftung 60
Geschäftsbericht über die Jubiläumsstiftung 62
Anlagen: Entwurf eines Wohnungsgesetzes. Liste der Teilnehmer. Gruppenbild der Teilnehmer an der Versammlung I

Offizielle Berichte über die IX. und X. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins (E. V.) a) in Bad Kissingen am 7. Juli 1912 und b) in Nürnberg am 20. und 21. Juni 1913.

a

Eröffnung der Versammlung 1
Die Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Dr. Henkel 3
Ernährungsfragen. Dr. Schwink 28
Rechenschaftsbericht. Wünsche und Anträge 38
Heilquellen und Badeeinrichtungen Kissingens. Dr. Maar 41
Verzeichnis der Teilnehmer an der Versammlung 54

b

Rechenschaftsbericht 1
Satzungsänderung. Dr. Frickhinger 2
Beziehungen des Bezirksarztes zu den Versicherungsämtern. Dr. Graßl 6
Bericht der Rechnungsrevisoren 13
Mitwirkung der Verwaltungsbeamten bei Qualifikation der Bezirksärzte. Dr. Schneller 14
Eröffnung und Begrüßung der Versammlung 18
Medizinalstatistisches der Stadt Nürnberg. Dr. Wetzel 28
Feuerbestattung und Gerichtliche Medizin. Dr. Richter 36
Kläranlagen für Schmutzwässer. Dr. Spaet 52
Verzeichnis der Teilnehmer an der Versammlung 89

Sach-Register.[1]

Abwässer, Kläranlage Simmern 38, Beseitigung bei Einzel- und Gruppensiedelungen 214, neuzeitige Kläranlagen (X. B. B.) 52, neuere Verfahren der Reinigung (Pr. B.) 31.
Adipocire-Reaktionen 197.
Akonitin, Vergiftung 239.
Alkoholismus, Fürsorge 106, 200, Entmündigung 200.
Alkoholversuche bei Geisteszustandsprüfungen 209.
Arbeiter, gesundheitliche Gefahren

[1] „D. B.“, „Pr. B.“, „B. B.“ bedeutet: Offizieller Bericht des Deutschen — Preußischen — Bayerischen — Medizinalbeamten-Vereins.

durch galizische 171.
Angestelltenversicherung, der ärztliche Sachverständige (Pr. B.) 23.
Arsenik, Vergiftung 241.
Aerzte, Stellung in der Säuglingsfürsorge 226, der ärztliche Sachverständige in der Angestelltenversicherung (Pr. B.) 23.

Badeeinrichtungen Kissingens (IX. B. B.) 41.
Berufserkrankungen und Unfall 237.
Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder 251.
Bezirksärzte, Ruhegehalt 109, 178, Dienstvorschriften 109, Gebühren 113, Dienstaversum 178, Beziehungen zu den Bezirksämtern (X. B. B.) 6, Mitwirkung der Verwaltungsbeamten bei der Qualifikation (X. B. B) 14.
Blattern im Jahre 1912 in Baden 78.
Blut, Kohlenoxyd darin bei Vergifteten 240.
Blutspritzer 244.
Bodenassanierung zur Bekämpfung der Malaria 246.
Bronchiogendrüsenbildungen 77.

Degenerative Phantasten, Zurechnungsfähigkeit 243.
Desinfektion 25, ihr Wert 210, 215.
Dienstanweisung der Bezirksärzte 109.
Dienstaversum der Bezirksarzte 178.
Diphtherie, Vorkehrungen 112, Bakteriologie und Epidemiologie 189.

Ei, 10 Tage altes menschliches 197.
Empfängniszeit 244.
Ernährungsfragen (IX. B. B.) 28.
Erstickung durch Fremdkörper in den Luftwegen 238, experimentelle Untersuchungen 239.
Ertränkungstod, Diagnostik 244.

Feuerbestattung, Leichenöffnung und Untersuchung auf Gifte 193, Kreisarzt und Feuerbestattung 209, und gerichtliche Medizin (X. B. B) 36.
Fleisch, Gefrierfleisch 68.
Fürsorge, soziale und Kreisarzt, Organisation 22, im Reg.-Bez. Stralsund 41.

Gebühren der Kreisärzte 56, der Bezirksärzte 113.
Geburten, Rückgang 25, 161, seine Ursachen und Bekämpfung 217, Rückgang und Säuglingsschutz 223.
Geisteskranke, der Schutz gegen sie (D. B.) 8.
Geisteszustandsprüfungen, Alkoholversuche 209.
Geistige Defekte, Vorbeugung bei Kindern 232.
Gerichtliche Medizin und Feuerbestattung (X. B. B.) 36, eigentümliche Leichenänderung 233, Leichenerscheinungen, Leichenkonservierung durch Milchsäurevergiftung 234, Demonstrationen 235, 237, Verengerungen des Verdauungstraktus 235, Ritualmord in Kiew 236, Photogrammetrie und Kriminalistik 238, Schreibmaterialien, Schrift- und Urkundenfälschung, Schriftvergleichung 238, 239, gefährliche Menschentypen 242, Psychologie der Haft 242, Haftpsychosen 243, strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes 243, Zurechnungsfähigkeit der degenerativen Phantasten 243, die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute (D. B.) 28.
Geschlechtskrankheiten, Unterdrückung 231.
Gesundheitskommissionen, Tätigkeit 176.

Haemorrhagien, zerebrale 244.
Haft, ihre Psychologie 242, Haftpsychosen 243.
Hausarbeitsgesetz 139.
Hebammen, Pfuscherei 12, Beaufsichtigung 33, Vereine 50, 182.
Heilquellen Kissingens (IX. B. B.) 41.
Hygiene, Gesundheit als Faktor der Rassenentwicklung, Eugenie und öffentliche Gesundheitspflege 231.
Hysterie 160.

Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins (Pr. B.) 60.
Jugendliche, diagnostische Aufgaben bei geistig abnormen 185.
Jugendgerichte 243.
Jugendpflege, Betätigung des Kreisarztes 166, 186.

Kinder, Hebung der Körperpflege 50, Beurteilung psychopathologischer 159, Bekämpfung der Tuberkulose 212, Rechtsstellung der unehelichen 228, Wohnung der kinderreichen Familien 232, Vorbeugung geistiger Defekte 232, Untersuchung der Hilfsschulkinder 232, Tötung durch Einstechen von Nadeln in den Kopf 241, Berufsschulen für tuberkulosegefährdete 251.
Kleinkinderfürsorge 122.
Knochen, histologische Untersuchung verbrannter 243.
Kohlenoxyd, Vergiftung 240.
Kopf, Tötung durch Einstechen von Nadeln in den Kopf 241.
Kraftwagen des Kreisarztes 183.
Krankenanstalten, Anforderungen an kleine 164, Isolierbaracken dafür 209.
Krankenpflegewesen 186.

Krankheiten, übertragbare, Ermittelungen 179, Kostenfreiheit bakteriologischer Untersuchungen 184, gesetzlicher Seuchenschutz (D. B.) 72.
Kreisarzt, Organisation der Fürsorgestellen 22, kreisärztliche Institution in Elsaß-Lothringen 56, Gebühren 56, Betätigung bei der Jugendpflege 166, 186, Begutachtung der Rentenbewerber und Rentenempfänger 183, Kraftwagen 183.
Lärm auf der Straße, Störung der Schule 208.
Landerziehungsheime, Bedeutung 207.
Lehrer, die Tuberkulose unter ihnen 251,
Leichen, Kalkseifenknötchen 197, eigentümliche Veränderung 233, Leichenerscheinungen 234, Konservierung durch Milchsäurevergiftung 234.
Lepra, Heim in Memel, Diagnose und Pathologie 18.
Luftwege, Erstickung durch Fremdkörper darin 238.
Lungenfürsorgestellen, Organisation 246, Aufgaben der Fürsorgeschwestern 248.
Lupusausschuß, Sitzung 252.

Malaria, Bekämpfung in Oesterreich 245, in Dalmatien 246.
Medizinalbeamte, Durchführung des Hausarbeitsgesetzes 139, diagnostische Aufgaben bei geistig abnormen Jugendlichen 185, Dienstanweisung Thüringen 206.
Menschentypen, gefährliche 242.
Milch, für Säuglinge 46, Notwendigdigkeit bakteriolog. Untersuchung 111.
Milchsäurevergiftung, Konservierung von Leichen 234.
Mord durch Erstickung 238.
Müllverbrennung 214.

Nahrungs- und Genußmittel, Sauberkeit im Verkehr 98.
Nebennieren, Befunde b. Verbrennungen 241.
Neugeborne, Untersuchung der Lungen 197.
Neurosen, Beurteilung traumatischer 237.

Oberamtsarztgesetz 59.

Paralyse, Begutachtung 242.
Paratyphus, Epidemie Zell 36.
Phantasten, degenerative, Zurechnungsfähigkeit 243.
Photogrammetrie und Kriminalistik 238.
Prostituierte, moderne Untersuchung solcher, Hygiene des Untersuchungszimmers (D. B.) 39.
Psychiatrie, Scapula scaphoidea 158, Status des vegetativen Nervensystems, Unterbringung der Psychopathen, Beurteilung psycho-patholog. Kinder 159, Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen 160.
Psychologie der Haft 242, Haftpsychosen 243.
Purkinje'sche Zellen 244.

Quarantäneanstalt 21.
Quecksilber, Vergiftung 240.

Rassenentwickelung, Gesundheit als Faktor 231, Eugenie und öffentliche Gesundheitspflege 231.
Rassenhygiene, Statistik in Bezug auf die Kindheit 232.
Reichsversicherungsordnung und Selbstmord 234.
Rettungswesen 30, 186.
Ruhegehalt der Bezirksärzte 109, 178.
Ruhrendemie 108.

Säuglinge, Fürsorge 1, 154, 156, Stellung des Arztes dabei 226, Milchversorgung 46, Sterblichkeit auf dem Lande 47, im Reg.-Bez. Cöln 154, Stillbeihilfen 119, Säuglingspflege und Kostkinderheime 182, Nutzen der Eugenie in der Praxis der Säuglingserziehung 232, Säuglingsverhältnisse in Oberbayern (IX. B. B.) 3.
Schädelbrüche, Priorität 198.
Scheintod, außergewöhnlich langer 107.
Schreibmaterien, Schrift- und Urkundenfälschung, Schriftvergleichung 238, 239.
Schulärzte, Dienstanweisung 63, Anstellung Minden 89, Dienst in Potsdam 126, hygienische und sexuelle Belehrung 208.
Schulen, Landerziehungsheime 207, Straßenlärm 208, Untersuchung der Hilfsschulkinder 232.
Schulkinder, Hebung der Körperpflege 50.
Schulschwestern 207.
Schulzahnpflege 130.
Schüsse von Schwarz- u. Nitropulver 196.
Schwangerschaft, Unterbrechung bei Psychosen 160, bei Tuberkulose 252.
Schwefelsäure, Vergiftung 241.
Seebäder, gesundheitliche Einrichtungen 44.
Selbstmord und Reichsversicherungsordnung 234.
Serum, Nebenwirkungen der Therapie 38.
Sexuelles, Belehrung durch die Schulärzte 208.
Statistik in bezug auf Kindheit und den rassenhygienischen Gesichtspunkt 232, Medizinalstatistisches der Stadt Nürnberg (X. B. B.) 28.

Strafvollzug in Amerika 142.
Straßenverkehr, Ueberfahrenwerden 241.
Studienreise, ärztliche, nach Amerika 55.
Syphilis, Begutachtung 242.

Tentoriumzerreißungen 197.
Tötung durch Einstechen von Nadeln in den Kopf 241.
Tuberkulose, Bedeutung der Muchschen Granula 40, Bekämpfung im Kindesalter 212, Fürsorgestellentag 246, Tuberkulosekonferenz 248, der Mensch und die Tuberkulose 249, chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose 249, Bedeutung des Versicherungswesens für ihre Bekämpfung 249, Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder 251, Anzeigepflicht, epidemiologische Untersuchungen, die Frau im Kampf gegen die Kindertuberkulose, Tuberkulose unter Lehrern 251, Schwangerschaft und Tuberkulose 252, Lupusausschuß 252, Informationsreisen 252.
Typhus, Epidemie Rheydt 108.

Unfall und Berufserkrankungen 237, Beurteilung traumatischer Neurosen 237, Ueberfahrenwerden im Straßenverkehr 241.

Verbrennungen, Nebennierenbefunde 247.
Verdauungstraktus, Begutachtung von Verengerungen 235.
Vererbung der geistigen Eigenschaften 232.
Vergiftungen, Milchsäure 234, Akonitin 239, Quecksilber, Kohlenoxyd 240, Arsenik, Schwefelsäure 241.
Versicherungswesen, Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberkulose 249.

Weib, strafrechtliche Verantwortlichkeit 243.
Wohlfahrtspflege 146.
Wohnung der kinderreichen Familien 232.
Wohnungsgesetz (Pr. B.) 4.

Zwitter, Beurteilung 244.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. I.

Bericht über die V. Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Allenstein am 22. Juni 1912 im grossen Sitzungssaal der Königlichen Regierung.

Der Versammlung der Medizinalbeamten, die Herr Regierungspräsident v. Hellmann um 10 Uhr vormittags eröffnete, wohnte als Ministerialkommissar Herr Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich sowie Herr Ober-Reg.-Rat Jachmann bei. Den vollzählig erschienenen Medizinalbeamten hatten sich mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte angeschlossen.

Der Herr Regierungspräsident teilte nach Begrüßung der Versammlung dem Kreisarzt Dr. v. Decker-Osterode seine Ernennung zum Medizinalrat und dem Kreisassistenzarzt Dr. Glaubitt-Prostken seine Beförderung zum Kreisarzt und Versetzung nach Waldbroel unter Glückwünschen mit. Die Leitung der Verhandlungen wurde dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen übertragen, der zunächst eine stärkere Mitwirkung der Kreisärzte bei der Sammlung zu den Hufelandschen Stiftungen empfiehlt und mitteilt, daß in mehreren Kreisen bereits eine wesentliche Zunahme der Beiträge und der beitragenden Mitglieder erzielt sei, während eine größere Anzahl von Aerzten in anderen Kreisen sich ablehnend verhalte unter dem Vorwande, daß sie schon der ärztlichen Unterstützungskasse für Ostpreußen angehören. Der Hinweis auf die nicht unerheblichen Unterstützungen, die 1911/12 seitens des Direktoriums der Stiftungen nach dem Bezirk Allenstein unter Begründung außergewöhnlicher Notstände geflossen seien, dürfte die noch zurückstehenden Kollegen günstiger stimmen.

Ferner wurde ein weiterer Beitritt der Medizinalbeamten zu der Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins angeregt, da die Not unter den Witwen und Waisen der Medizinalbeamten viel größer sei, als man bisher annehme, und die Ansicht, daß die den Medizinalbeamten zuteil werdende Hinterbliebenenversorgung sie der Sorge für die Witwen und Waisen entheben würde, sich nicht immer als zutreffend erwiesen habe.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen bemerkt ferner geschäftlich, daß bei den amtlichen Revisionen der Registraturen vereinzelt das neu eingeführte Krüppelverzeichnis vermißt worden sei. Die Krüppelfürsorge sei nach § 103a der Dienstanweisung seitens der Kreisärzte ständig im Auge zu behalten und bei den etwa 600 Krüppeln im Bezirk eine dankbare Aufgabe. Eine etwa folgende Medizinalbeamten-Versammlung werde sich mit diesem Thema beschäftigen, ebenso wie mit der Frage der Volksbadeanstalten, deren Errichtung in vielen Orten des Bezirks, z. B. in Allenstein und Lötzen u. a. durchaus notwendig sei.

Darauf wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. Säuglingsfürsorge (§ 98a der Dienstanweisung).

a. Der Referent, Kreisarzt Dr. Klare-Johannisburg, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit ist vor allem eine nationale Aufgabe.

2. Die Voraussetzung für den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit ist eine sorgfältige Erforschung ihrer Ursachen. Hierzu ist vor allem der Medizinalbeamte berufen.

3. Die hauptsächlichsten Ursachen der Säuglingssterblichkeit sind mangelhafte Stillfähigkeit der Frauen, künstliche Ernährung der Säuglinge, schlechte soziale Lage der Eltern mit ihren Folgeerscheinungen, schlechte allgemeine hygienische Verhältnisse, insbesondere mangelhafte Milchversorgung und Wohnungsnot, direkte Hitzeschädigungen der Säuglinge.

4. In den masurischen Landesteilen Ostpreußens herrscht ausreichende Stillfähigkeit der Frauen und trotzdem hohe Säuglingssterblichkeit.

5. Als Ursachen hierfür kommen in Betracht:

a. Verbreitung der Hebammenpfuscherei;

b. Mißstände bei der Ernährung der Säuglinge, d. h. zu frühe und ungeeignete Beikost, Ueberfütterung, gesundheitsschädliche Beruhigungsmittel;
c. mangelhafte Pflege der Kinder aus sozialen Gründen und wegen Geringschätzung des kindlichen Lebens;
d. Milchmangel, Wohnungsnot und Wassermangel;
e. Hitzeschädigungen der Kinder;
f. mangelnde ärztliche Versorgung;
g. nur in einzelnen Orten mangelhafte Stillfähigkeit.

6. Die Voraussetzung für einen wirksamen Säuglingsschutz ist die intensive Belehrung der Aerzte, Hebammen und des Publikums über Säuglingspflege. In Masuren ist die Aufklärung der Bevölkerung ganz besonders wichtig. Die Einwirkung auf die weibliche Jugend, die Belehrung seitens der Impfärzte in den Impfnachschauterminen, die Heranziehung von Hebammen, Landpflegerinnen, Pfarrer- und Lehrerfrauen, welche in besonderen Kursen instruiert werden müssen, ist hierzu notwendig.

7. Die Mittel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit sind:
a. ausreichender Mutterschutz durch Gesetzesmaßnahmen, Verbesserung des Hebammenwesens, Ausbildung von Wochenpflegerinnen, Einrichtung sogenannter Mutterschaftskassen, Abgabe von Erstlingswäsche, Einrichtung von Wöchnerinnen- und Mütterheimen;
b. Säuglingsschutz durch Einrichtung von Fürsorge- und Beratungsstellen, Zahlung von Stillprämien, Verbesserung der Milchversorgung, Errichtung von Säuglingsheimen und Säuglingsheilstätten;
c. besonderer Schutz für uneheliche Säuglinge;
d. Besserung der Wohnungsnot.

8. Entsprechend den eigenartigen Verhältnissen in Masuren kommen hier noch in Betracht:
1. Beseitigung der Hebammenpfuscherei;
2. intellektuelle und kulturelle Hebung der Bevölkerung;
3. bessere ärztliche Versorgung.

Zur Begründung dieser Leitsätze führte der Referent folgendes aus:

Durch die Erweiterung, die die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909 in ihrem § 98a erfahren hat, sind die Medizinalbeamten für den Kampf gegen die hohe Säuglingssterblichkeit mobil gemacht worden. Die Ueberzeugung von der Notwendigkeit energischer Maßnahmen gegen dieses Uebel hat sich bei uns erst durchgerungen, als man darauf aufmerksam wurde, daß die Sterblichkeit der Säuglinge die Gesamtsterblichkeit 10 mal übertrifft und daß Deutschland sich unter den Staaten befindet, die die höchste Säuglingssterblichkeit zeigen. Lange Zeit nahm man an, daß der Geburtsüberschuß in Deutschland die Verluste decken würde; leider nimmt aber auch bei uns die Zahl der Geburten allmählig ab. Unser Volk muß also ein absterbendes werden, wenn es uns nicht gelingt, die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken. Da sich auch die Ansicht, die hohe Säuglingssterblicheit sei eine Art Auslese gegen das Ueberhandnehmen schwächlicher Kinder, als irrig erwiesen hat, so muß man Dietrich und Schloßmann zustimmen, die die hohe Säuglingssterblichkeit nicht nur als volkswirtschaftlichen Verlust, sondern als nationales Unglück ansehen und den Kampf vor allem als nationale Aufgabe betrachten.

In Deutschland datiert die energische Aufnahme des Kampfes seit dem bekannten Handschreiben der Kaiserin an die Vaterländischen Frauenvereine Um ein einheitliches Vorgehen in den einzelnen Bundesstaaten zu gewährleisten, sind die „Landeszentralen für Säuglingsschutz“ gebildet worden. Ihre Zusammensetzung bildet die „Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz“. Als wissenschaftlicher Mittelpunkt der modernen Säuglingsfürsorge ist das Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus in Charlottenburg anzusehen. Ebenfalls als geistige Zentren haben die internationalen Kongresse für Säuglingsschutz zu gelten. Die Medizinalbeamten haben es dankbar begrüßt, daß der Herr Medizinalminister es durch Beihilfen einer Anzahl von Kreisärzten ermöglicht hat, an den Verhandlungen des III. Kongresses im Sommer 1911 teilzunehmen.

Bevor man an die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit herangeht, müssen ihre Ursachen erforscht werden, zumal diese je nach der Gegend sehr verschieden sein können. Solche lokalen Untersuchungen sind besonders

Aufgaben der Kreisärzte. Einen gewissen Hinweis auf die Ursachen der Säuglingssterblichkeit gibt bereits ein allgemeiner Ueberblick über ihre Verteilung:

1) auf die verschiedenen Teile Deutschlands: Die westlichen Provinzen mit ihren großen Industriebezirken stehen günstiger da, als die östlichen mit ihrer vielfach ärmlichen ackerbautreibenden Bevölkerung; im Reg.-Bez. Stralsund, wo das Kapital sich in wenigen Händen befindet, herrscht die größte Säuglingssterblichkeit, in Hessen-Nassau, wo das Kapital sich in kleinbäuerlichem Besitz befindet, herrscht die geringste.

2) auf Stadt und Land: Auf dem Lande herrscht größere Säuglingssterblichkeit, als in der Stadt.

3) auf die verschiedenen Jahreszeiten: im Juli ist die Säuglingssterblichkeit $2^1/_2$, im August 3 mal so groß wie durchschnittlich in den anderen Monaten.

4) auf die Alterstage und Monate: $^1/_3$ aller Säuglinge, die im 1. Lebensjahr sterben, wird im 1. Lebensmonat dahingerafft, $^1/_5$ innerhalb der ersten 15 Tage und $^1/_9$ innerhalb der ersten 4 Tage.

An der Spitze aller Ursachen für die Säuglingssterblichkeit stehen die Ernährungsstörungen. Daß bedeutend mehr künstlich ernährte Kinder an Magendarmkrankheiten sterben, wird hauptsächlich durch Fehlen der natürlichen Ernährung bedingt. Dies beweisen auch die Untersuchungen, die in Bayern, Pommern und Schleswig-Holstein angestellt sind: Ueberall, wo geringe Stillfähigkeit herrscht, ist die Säuglingssterblichkeit besonders groß; in Schweden dagegen, wo fast alle Kinder gestillt werden, ist die Säuglingssterblichkeit gering (ca. 10 %).

Das Nichtstillen ist aber nicht die einzige Ursache. Hierauf weist auch das Ergebnis der von mir für den Kreis Johannisburg aufgestellten Stillstatistik hin. Hier ist eine Stillfähigkeit von ca. 90 % vorhanden und doch haben wir eine hohe Säuglingssterblichkeit von ca. 25 %. Es müssen also andere ungünstige Verhältnisse den Schutz, den die Kinder durch die natürliche Ernährung erlangen, wieder aufheben.

Manche dieser ungünstigen Verhältnisse sind durch die schlechte soziale Lage der Eltern bedingt. Nach den von Prausnitz in Graz gemachten Erhebungen sterben bei den Notleidenden 59 %, bei den Armen 35 %, im Mittelstand 4 %, bei den Reichen 0 % der Säuglinge an Magenkrankheiten. Der Reiche kann also bessere Lebensbedingungen für sein Kind beschaffen wie der Arme. Dies liegt hauptsächlich daran, daß bei den sozial schlechter Gestellten sich die Frau immer mehr an Erwerbsleben beteiligt und der Familie und der Pflege, insbesondere dem Stillen ihrer Kinder, entzogen wird. Wie Pinard festgestellt hat, bringen arbeitende Frauen auch lebensschwächliche Kinder zur Welt. Die Erfahrung lehrt zudem, daß in den kinderreichen Proletarierfamilien besonders viel Kinder sterben und daß dort dem drohenden Verlust eines Kindes nicht mit der nötigen Energie begegnet wird.

Eine besondere Bedeutung gewinnt die soziale Lage für die Säuglingssterblichkeit durch die neuen Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit und Wohnungsnot. Prausnitz hat für Graz festgestellt, daß mehr als die Hälfte aller Wohnungen, in denen Säuglinge sterben, übervölkert war. Meinert wies nach, daß von 580 während der Heißzeit in Dresden gestorbenen Säuglinge keiner in freistehenden, den Winden ausgesetzten Wohnungen, 10 % in direkt durchlüftbaren Wohnungen und die übrigen in schlechten übervölkerten sich befunden hatten. Da die Todesfälle in der heißen Zeit sich häufen und mit Recht zum großen Teil auf die Milchverderbnis zurückgeführt werden, die in schlechten Wohnungen leicht zustande kommt, hat man bisher diesem Umstand hauptsächlich die Schuld zugeschoben. Die Statistik hat aber gezeigt, daß an sehr heißen Tagen auch die Sterblichkeit der Brustkinder zunimmt und daß der Tod häufig viel zu schnell erfolgt, um durch Magendarmstörungen genügend erklärt zu werden. Für diese Fälle nimmt man eine direkte Hitzeschädigung an und glaubt, daß es in schlechten überhitzten Wohnungen bei den Säuglingen leicht zu Wärmestauungen in tödlichem Grade kommt, besonders wenn sie unzweckmäßig gekleidet sind. Mit Recht zieht Liefmann zur Erklärung der Sommersterblichkeit drei Faktoren heran: die Hitze. Ernährung und Infektion. Zwischen ihnen bestehen folgende Wechselwirkungen:

1) Das künstlich ernährte darmkranke Kind erfährt durch die Hitze eine Verschlimmerung seiner Erkrankung.

2) Umgekehrt wird das hitzegeschädigte Kind bei unzweckmäßiger Ernährung leicht darmkrank.

3) Neben der Hitze und der künstlichen Ernährung werden auch Infektionen dem kindlichen Leben im Sommer verhängnisvoll.

Das hitzegeschädigte, wie das ernährungsgestörte Kind, ganz besonders das von beiden Faktoren beeinflußte Kind ist Infektionen in hohem Grade ausgesetzt.

Da viele Kinder im ersten Lebensjahre auf die künstliche Nahrung angewiesen sind, muß auch — abgesehen von der Milchverderbnis im Sommer — der schlechten Milchversorgung ein nicht unbedeutender Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit zugesprochen werden. In vielen Gegenden herrscht geradezu Milcharmut; denn häufig wird alle Milch von den Produzenten in die Sammelmolkereien geliefert. Ferner führt die unsaubere Gewinnungsart und die mangelnde tierärztliche Kontrolle über die Milchtiere dazu, daß eine wenig einwandfreie, oft Streptokokken und Tuberkelbazillen enthaltende, vielfach im verdorbenen Zustand befindliche Milch auf den Markt geliefert wird.

Die unehelichen Kinder, die den genannten Schädigungen, d. h. Fehlen der Brustnahrung, mangelnder Pflege, künstlicher Ernährung mit mangelhafter Milch, schlechten Wohnungen etc. hauptsächlich ausgesetzt sind, zeigen daher eine besonders hohe Säuglingssterblichkeit.

Welche Gründe liegen nun speziell in Masuren für die hohe Säuglingssterblichkeit vor, wo man doch auf Grund der guten Stillfähigkeit von 90 % eine bessere Lebensaussicht für die Säuglinge erwarten könnte?

Eine Anzahl von Kindern kommt hier schon lebensschwach zur Welt, da die Hebammenpfuscherei stark verbreitet ist, also vorwiegend unsachgemäße Geburtsleistung stattfindet. Aus demselben Grunde ist die Pflege in den ersten Tagen nach der Geburt (Nabelversorgung etc.) mangelhaft. Auch der Alkoholgenuß, dem sich die masurischen Frauen mit Vorliebe gerade bei der Geburt und im Wochenbett — angeblich um sich vor Kindbettfieber zu schützen — hingeben, dürfte nicht gerade günstig auf die Säuglinge einwirken. Viele Opfer erfordert später die Unsitte, daß schon sehr früh den Säuglingen unzweckmäßige Beikost: Tee, Kaffee, Fleisch, Gemüse, Kartoffeln, Fett, Kartoffelflinsen, saurer Hering etc. gereicht wird. Ueberhaupt findet vielfach die unvernünftigste Ueberfütterung statt. Auch die Beruhigungsmittel, Schnuller mit gekautem Brot und Zucker, die sogenannten Mohntränkchen, welche Opium enthalten, ferner in Schnaps getauchte Brotstückchen richten viel Unheil an. Vor allem läßt die Sauberkeit viel zu wünschen übrig; die Pflege der Säuglinge ist meist deren nicht schulpflichtigen Geschwistern oder den Großmüttern anvertraut. Vielfach herrscht auch direkter Milchmangel, da die Milch oft bis zum letzten Tropfen in der Sammelmolkerei verwendet und nicht einmal die Magermilch der Familie bleibt, sondern dem Vieh gegeben wird. Da mag es tatsächlich vorkommen, daß bei so mangelhafter und unzweckmäßiger Nahrung manche Mütter nicht genügend Brustnahrung haben. In vielen Fällen trägt aber an dem vermehrten Säuglingssterben hier nicht die schlechte soziale Lage Schuld, auch nicht allein die intellektuelle Minderwertigkeit der Bevölkerung, ihr mangelhafter Reinlichkeitssinn, ihre Neigung zum Aberglauben und ihre Unzugänglichkeit allen Belehrungen gegenüber, sondern vor allem ihre Minderwertigkeit auf ethischem Gebiet; denn der Masur schätzt das Leben seiner Kinder abnorm niedrig ein und tut wenig dagegen, wenn ein Verlust droht. Die Kinder bilden für ihn erst ein Wertobjekt, sobald sie mitverdienen helfen.

Wie überall, ist ferner in Masuren die Säuglingssterblichkeit in den Sommermonaten besonders groß. Da es sich hier hauptsächlich um Brustkinder handelt und die Wohnungen teilweise schlecht sind (Holzhäuser, überfüllt mit Menschen ohne genügende Lüftungsvorrichtungen etc.) ist anzunehmen, daß direkten und indirekten Hitzeschädigungen im Sinne Liefmann eine besonders große Zahl an Säuglingen zum Opfer fällt. Auch die mangelhafte Wasserversorgung auf dem Lande ist hier wie andernorts zweifellos nicht ohne Einfluß, weil die ohnehin nicht große Sauberkeit der Bevölkerung dadurch noch mehr verringert wird, ein Baden der Kinder infolgedessen nur selten stattfindet.

In einzelnen Dörfern erwies sich übrigens auch die Stilltätigkeit als

auffallend gering (ca. 60 %); hier war fast die Hälfte aller im Vorjahr geborenen Impflinge gestorben. Man kann daher wohl zu dem Schluß kommen, daß in Masuren eine sehr hohe Säuglingssterblichkeit herrscht, sobald der Schutz, der durch die Brustnährung den Säuglingen gewährt wird, fortfällt bezw. sich verringert.

Wie soll nun der Kampf gegen die hohe Säuglingssterblichkeit geführt werden?

Die Voraussetzung für die Wirksamkeit aller Maßnahmen ist eine intensive Aufklärung der ganzen Bevölkerung über Säuglingspflege und Säuglingsernährung. In erster Linie muß sich die Belehrung an die Aerzte wenden, die auch noch vielfach über den Nutzen der Brustnährung und Stillfähigkeit falsche Anschauungen haben und infolgedessen oft vom Stillen abraten, ohne daß ein Grund dafür vorliegt; denn stillfähig sind mindestens $^2/_3$ aller Frauen, nach einzelnen Untersuchungen sogar $^4/_5$ und mehr. Besserer Unterricht in der Pädiatrie und die Errichtung von Kinderkliniken sind deshalb notwendig. Auch die Hebammen sollen besser in der Säuglingspflege unterrichtet und zu Trägern der Stillpropaganda herangezogen werden. Damit sie dieser wichtigen Aufgaben gerecht werden können, hat man für sie pekuniäre Besserstellung und — m. E. unnötigerweise — bessere Vorbildung, ja sogar den Titel Schwester und Schwestertracht gefordert. An manchen Orten hat man auch Stillprämien für diejenigen Hebammen eingeführt, welche die größte Zahl stillender Wöchnerinnen haben.

Die Bevölkerung selbst sucht man durch Merkblätter, Zeitungsartikel, Vorträge, Wanderausstellungen etc. zu belehren. Auch in den oberen Klassen der Mädchenschulen könnten bereits die Hebel angesetzt werden, noch besser in den Mädchenfortbildungsschulen, deren Einrichtung und Ausbau für die ländlichen Verhältnisse sehr erwünscht wäre. Um auf die schwer zugänglichen Frauen einzuwirken, sind die Impfnachschautermine eine sehr geeignete Gelegenheit. Wenn man hier die Unterschiede zwischen kräftigen Brustkindern und rhachitischen Flaschenkindern demonstriert und die Nutzanwendung bezüglich der Ernährung zieht, macht dies gewöhnlich Eindruck. Es meldeten sich wenigstens nach Beendigung der diesjährigen Nachschautermine regelmäßig eine ganze Anzahl von Frauen, die Ratschläge bezüglich der Pflege ihrer Kinder erbaten, so daß sich oft eine Art fliegende Beratungsstelle entwickelte; es ist nur zu bedauern, daß sich bezüglich der Landbevölkerung eine solche günstige Gelegenheit nur einmal im Jahr darbietet. In den Städten hat man deshalb den später zu erwähnenden Fürsorgestellen eine eifrige Stillpropaganda und die Belehrung der Mütter zur Hauptaufgabe gemacht. Bei den weiten Entfernungen und dem Aerztemangel stoßen solche Einrichtungen in Masuren auf große Schwierigkeiten; man muß daher hier überall für Helferinnen sorgen, die nach entsprechender Ausbildung in Kursen auf die Bevölkerung einwirken können. Hierfür kommen die Pfarrer- und Lehrerfrauen, sowie die Gemeindeschwestern und besonders die Landpflegerinnen in Betracht, die überall in Kreisen verstreut sind, durch ihre Angehörigen etc. vielfach mit der Bevölkerung in Beziehungen stehen und deshalb vielleicht einigen Einfluß besitzen.

Welches sind nun die einzelnen Mittel, mit denen man die Säuglingssterblichkeit bekämpfen soll?

Die Quellen und Wurzeln der Säuglingssterblichkeit beginnen schon mit der Mutter. Es gibt daher keinen erfolgreichen Säuglingschutz ohne ausreichende Mutterfürsorge. In der Tat hat denn auch die Erkenntnis der großen Gefahren, die Leben und Gesundheit der werdenden Mutter bedrohen und dadurch direkt sowohl, wie indirekt einen so ungünstigen Einfluß auf die Lebensfähigkeit der Säuglinge ausüben, die Einführung gesetzlicher Maßnahmen zur Folge gehabt.

In dieser Hinsicht bewegen sich auch die Maßnahmen, die das deutsche Reich in seiner Gesetzgebung zum Schutze der Mütter und Säuglinge und zwar: im § 137 der Gewerbeordnung und im § 20 und 21 des noch geltenden Krankenversicherungsgesetzes getroffen hat. In der demnächst in Kraft tretenden Reichsversicherungsordnung sind diese Bestimmungen noch erheblich erweitert worden. Für die masurischen ländlichen Verhältnisse würde es von ganz besonderss gensreichem Einfluß sein, wenn die Landkrankenkassen von ihrem Rechte,

Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe zu gewähren, Gebrauch machen wollten. Zu erwähnen ist noch, daß nach der neuen Reichsversicherungsordnung an Stelle des Wochengeldes auch Kur- und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen sowie Stillgeld bis zur Höhe des 1/2 Krankengeldes und bis zum Ablauf der 12 Wochen nach der Niederkunft gewährt werden kann. Indes sind diese besonderen Leistungen nur fakultativ, auch kommen die Wohltaten des Gesetzes bei weitem nicht allen Frauen zugute. Es wäre deshalb dringend wünschenswert, daß eine allgemeine staatliche Mutterschaftsversicherung durchgeführt würde. Bei den außerordentlich hohen Kosten hat man eine solche Maßregel indeß vorläufig noch nicht in Erwägung gezogen; es sind daher in manchen Orten von privater Seite sogenannte Mutterschaftskassen nach dem Muster der französischen Mutualités maternelles eingerichtet worden: hier zahlen die Mütter regelmäßige Beiträge und erhalten nach der Niederkunft größere Unterstützungen oder Stillgeld etc. Auch manche Großindustrielle zahlen freiwillig Stillgeld auf längere Dauer und gewähren Arbeitspausen zum Stillen ohne Lohnabzug.

Die Verbesserung des Hebammenwesens und die Vermehrung der sogenannten Wochenpflegerinnen würden gleichfalls eine bessere Versorgung der Frauen während und nach der Geburt gewährleisten. Eine Vorbedingung für die Wirksamkeit dieser Maßregel in Masuren wäre allerdings die energische Bekämpfung der Hebammenpfuscherei. Sehr anerkennenswert sind die Bestrebungen der Hauspflegevereine, welche Pflegerinnen zu bedürftigen Wöchnerinnen schicken, um ihnen die Arbeit in der Wirtschaft abzunehmen und ihnen dadurch Ruhe zum Stillen etc. zu verschaffen. Für größere Reinlichkeit im Wochenbett sorgen vielfach die Wanderpflegekörbe, welche von den Pflege-Vereinen oder von den Frauenvereinen angeschafft sind.

An vielen Orten, wo größere Mittel vorhanden sind und der Mutterschutz durch offene Fürsorge nicht ausreicht, hat man auch mit Erfolg geschlossene Fürsorge getrieben, d. h. Schwangernheime, Wöchnerinnenheime und Mütterheime geschaffen, die vorzugsweise von unehelichen Müttern aufgesucht werden.

Bei der eigentlichen Säuglingsfürsorge haben sich die Fürsorgestellen als bestes und fast überall notwendiges Mittel erwiesen, besonders wenn sie ihre Hauptaufgabe in der Propaganda des Selbststillens sehen. Das geschieht hauptsächlich in der ärztlichen Beratungsstunde. Um die Landbevölkerung dafür zu gewinnen, sind die Sprechstunden auf den Markttag zu legen. Ueberall, wo Mittel zur Verfügung stehen, empfiehlt sich ferner die Gewährung von Stillprämien, solange die Mütter selbst stillen und regelmäßig die Fürsorgestelle aufsuchen. Manche Fürsorgestellen haben auch Sparkassenbücher für die zur Sprechstunde gebrachten Kinder eingerichtet, auf die regelmäßig die sonst als Stillprämien gewährten Gelder eingezahlt werden. Stirbt das Kind vor Vollendung des 2. Lebensjahres, werden die Einlagen zurückgezogen. Von vielen Fürsorgestellen werden auch Pflegerinnen in die Häuser der Wöchnerinnen geschickt, welche die Mütter zum Stillen bewegen, die häuslichen Verhältnisse kennen lernen und das Gedeihen der Säuglinge überwachen sollen.

Vielfach sind auch sogenannte Milchküchen nach dem Muster der schon lange in Frankreich bestehenden Goutettes de lait eingerichtet worden, um für die Kleinen eine einwandsfreie Milch herzustellen. Man hat aber häufig die Erfahrung gemacht, daß durch diese bequeme Art, gute Milch für die Kinder zu bekommen, sich viele Frauen vom Selbststillen abhalten ließen. Es ist daher von Milchküchen nur dann ein Erfolg zu erwarten, wenn sie an Fürsorgestellen angegliedert sind oder so mit ihnen zusammen arbeiten, daß nur auf Erfordern des Fürsorgearztes Milch abgegeben wird, daß jederzeit der Erfolg der jeweiligen Nahrung bei dem Kinde ärztlich kontrolliert wird und wenn tatsächlich die Milchküche nur als Notbehelf für die Fälle benutzt wird, in denen natürliche Ernährung auf keine Weise zu beschaffen ist.

Ferner ist die ständige Vermehrung der beruflich in der Säuglingsfürsorge tätigen Säuglingspflegerinnen oder Schwestern geeignet, einer größeren Anzahl von Säuglingen richtige Pflege zu verschaffen. Für ländliche Verhältnisse

wären die Landpflegerinnen hierfür heranzuziehen und in der Säuglingspflege zu unterrichten, da die meisten Wöchnerinnen der Kosten wegen auf die Hebammenwochenbesuche verzichten. Wenn solche Helferinnen, wie es vielfach von der Fürsorgestelle aus geschieht, nicht mit leeren Händen kommen, sondern Geld, Naturalien oder Erstlingswäsche bringen, dürfte ihnen ein freundlicher Empfang bei den Wöchnerinnen gesichert und ihr Erfolg desto größer sein.

Als Bindeglied zwischen offener und geschlossener Fürsorge sind die Krippen zu betrachten. Die Meinungen über ihren Wert gehen noch auseinander, da man ihnen vorwirft, daß sie viele Mütter zum frühzeitigen Entwöhnen verleiten, und daß sie zur Verbreitung der Infektionskrankheiten beitragen. Es wird daher verlangt, daß sie möglichst nur Brustkinder aufnehmen, um die Mütter veranlassen, in die Krippe zum Stillen zu erscheinen, und daß sie unter steter ärztlicher Kontrolle stehen. Derartig eingerichtete Fabrikkrippen haben zweifellos viel Gutes schon geleistet. Ob die Krippen, wie es von einigen Seiten empfohlen wird, sich für das Land eignen, erscheint sehr fraglich. Für Masuren kommen sie jedenfalls schon wegen der fehlenden ärztlichen Kontrolle nicht in Betracht.

Wo größere Mittel zur Verfügung stehen, hat man Säuglingsheime und Säuglingskrankenhäuser errichtet. Erstere nehmen hauptsächlich uneheliche Kinder auf, denen häusliche Pflege mangelt, letztere neben den hereditärsyphilitischen Kindern vor allem früh- und schwachgeborenen sowie kranke Kinder. Die guten Erfolge der Säuglingsheilstätten lassen sie als äußerst wirksamen Teil der Säuglingsfürsorge erscheinen.

Bei dem großen Einfluß, den schlechte Wohnungen auf die Säuglingssterblichkeit haben, ist allen Bestrebungen nach Besserung der Wohnungnot großes Gewicht beizumessen. Ein Reichswohnungsgesetz müßte endlich die Handhabe bieten, überall event. zwangsweise eine hygienische Wohnungsreform durchzuführen. Ganz besonders täte in Masuren Abhilfe not, doch dürfte sich ohne staatliche Hilfe hier kaum eine wesentliche Besserung erreichen lassen.

Daß ferner die Versorgung mit gutem Trinkwasser eine gute Waffe gegen die hohe Säuglingssterblichkeit sein kann, lehrt die Erfahrung in einigen englischen Städten, wo nach Einführung von Wasserleitung die Mortalität der Säuglinge erheblich sank. In erster Linie ist daher für Masuren, wo in vielen Ortschaften Schmutz und Wassermangel herrscht, die Verbesserung ein dringendes Bedürfnis. Bei der Armut der Bevölkerung wird auch hierbei staatliche Hilfe auf dem Lande oft unentbehrlich sein, wenn wirklich eine wirksame Aenderung geschaffen werden soll.

Daneben muß der allgemeinen Milchhygiene, da viele Kinder fast ausschließlich auf Milch angewiesen sind, dauerndes Interesse zugewandt werden; denn die vorhandenen Bestimmungen über den Verkehr mit Milch reichen, besonders in bezug auf die Kontrolle, nicht aus. Vor allem ist eine Ueberwachung bei der Milchproduktion auf dem Lande selbst zu fördern, ferner eine Konzessionspflicht für den Milchhandel, damit dieser nicht mehr in ungeeigneten Lokalen stattfindet. Die Einrichtung von Sammelmolkereien ist nicht zu fördern, da sie den Milchhandel begünstigen. Die in manchen Orten eingeführte Ziegenzucht scheint sich noch nicht genügend bewährt zu haben.

Einer besonders intensiven Fürsorge bedürfen die unehelichen Kinder.

In Masuren ist — abgesehen von der sehr wünschenswerten besseren ärztlichen Versorgung des Landes — nicht nur eine intellektuelle, sondern auch eine kulturelle Hebung der Bevölkerung dringend notwendig, wenn man auf Erfolg der Fürsorgebestrebungen rechnen will. Hierzu erscheint die Ausgestaltung der Fortbildungsschule, in der auch hygienischer Unterricht nicht fehlen darf, sehr geeignet.

Die Anfänge im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit sind auch im Regierungsbezirk Allenstein gemacht: Im Kreise Lötzen und neuerdings im Kreise Johannisburg sind Fürsorgestellen eingerichtet, in Osterode sogar ein Säuglingsheim. Auch in Allenstein ist eine Beratungsstelle vorhanden; hier sowohl, wie in den Kreisen Lötzen, Johannisburg, Lyck und Sensburg unterstützen die Frauenvereine (in Allenstein ein Verein für Wöchnerinnen- und Säuglingspflege) bedürftige Wöchnerinnen mit Geld, Naturalien oder Wäsche. Aber vieles muß von staatlicher Seite, von Kommunen

und privater Liebestätigkeit geschehen, wenn der übermächtige Feind besiegt werden soll.

Die Aufgabe des Medizinalbeamten ist es daher, in seinem Kreise zuerst als Kundschafter rechtzeitig die angreifbaren Stellungen des Feindes zu erspähen, dann die Truppen mobil zu machen und selbst als Führer im Kampfe voranzugehen. Tut jeder an seinem Teil, was nach Lage der Verhältnisse möglich ist, so wird der Erfolg nicht ausbleiben zum Segen für unser ganzes Volk, zum künftigen Schutz unseres Vaterlandes.

b. Der Korreferent, Kreisarzt Dr. Fischer-Neidenburg, hatte aus dem Thema die **„Fürsorge für uneheliche Säuglinge und Säuglinge unter den Haltekindern“** abgegrenzt und folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Der Kreisarzt muß darauf hinwirken, daß den unehelichen Kindern alle Fürsorgeeinriehtungen und hygienischen Maßnahmen gewährt werden, wie den ehelichen. Die unehelichen Kinder dürfen nach keiner Richtung hin schlechter gestellt werden, als die ehelichen.

2. Die Ueberwachung muß sämtliche unehelichen Kinder umfassen, sowie diejenigen ehelichen, welche gegen Entgelt in fremden Familien untergebracht sind. Sie darf bei den in der eigenen Familie untergebrachten Kindern nicht Halt machen.

3. Die Aufsicht über die unehelichen Säuglinge muß so früh wie möglich einsetzen. Hierzu ist nötig, die frühzeitige und pünktliche Anmeldung der Geburten durch die Standesämter und die sofortige Meldung vom Zuzuge durch die Einwohnermeldeämter.

4. Die Ueberwachung durch den Kreisarzt allein genügt nicht einmal in den kleineren ländlichen Kreisen, geschweige denn in den größeren Städten. Eine rationelle Fürsorge ist nur möglich durch Einführung der Berufsvormundschaft und mit Zuhilfenahme berufsmäßig tätiger und mit den Anschauungen moderner Säuglingsfürsorge vertrauter Personen sowie unter ständiger Ueberwachung.

Seine Leitsätze begründete der Korreferent wie folgt:

Die Statistik zeigt, daß die Sterbefälle bei den unehelichen Säuglingen eine ganz erheblich größere ist, als bei den ehelichen. Im Regierungsbezirk Allenstein betrug die Zahl der unehelichen Geburten im Jahre 1911 in den einzelnen Kreisen 5 bis 10 % aller Geburten (97 Fälle in Lötzen, 188 in Ortelsburg). Die Zahl der Todesfälle betrug 25 bis 33 %, während die der ehelichen Säuglinge 16 bis 20 % betrug. Ein großer Teil der Todesfälle der unehelichen fällt gleich in die ersten Lebenstage.

Die Gründe für die große Sterblichkeit der unehelichen Kinder sind die hilflose Lage der Mutter vor und nach der Entbindung und die schlechte Behandlung in den Pflegestellen.

Die Fürsorgebestrebungen müssen zunächst darauf hinausgehen, diesen Kindern und ihren Müttern alle Fürsorgeeinrichtungen und hygienischen Maßnahmen zu gewähren, die den ehelichen Kindern zu gute kommen. Der Kreisarzt muß das Vorurteil bekämpfen, das viele Fürsorgeorgane gegen die unehelichen Kinder hegen.

Es fehlt an Anstalten und Zufluchtsstätten für die ledigen Schwangeren für die letzten Monate vor der Entbindung und desgleichen für die Zeit nach derselben. Die jetzigen Zustände sind unhaltbar. Hanauer sagt daher mit Recht:

„Es ist eine sozialhygienische Forderung von fundamentaler Bedeutung, das überall Anstalten gegründet werden, welche die Mädchen mit ihren Kindern aufnehmen, so daß Mütter und Kinder wenigstens die ersten Monate nach der Entbindung zusammenbleiben können und dann letzteren die Gewährung der Mutterbrust ermöglicht wäre.“

Die Findelanstalten, wie sie früher waren, sind als ungeeignet zu verwerfen, da die Säuglingssterblichkeit in ihnen eine sehr hohe war. Es ist daher richtig, daß man sie jetzt nur als Durchgangsstationen benutzt und die Säuglinge sobald wie möglich in Familienpflege weitergibt. Das germanische System der Familienpflege hat gegenüber dem romanischen (der Findelanstalten) hygienische und ethische Vorzüge (Hanauer).

Da es die Verhältnisse mit sich bringen, daß es den bei den eigenen Müttern untergebrachten unehelichen Säuglingen oft schlechter geht, als den

in fremder Pflege befindlichen und die Statistik auch nachweist, daß die Sterblichkeit bei den ersteren größer ist als bei den letzteren, so muß gefordert werden, daß die Ueberwachung beide Arten von unehelichen Säuglingen umfaßt.

Von den gesetzlich vorgesehenen Hilfeleistungen, die unehelichen Kindern und Müttern zu statten kommen sollen, sind zunächst die im § 195 und § 200 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Unterstützungen zu erwähnen die eine segensreiche Hilfe sein können. Der Kreisarzt muß dafür sorgen, daß nach Einführung der Reichsversicherungsordnung diese neuen Bestimmungen bekannt werden und durchgeführt werden.

Die Einrichtung der Vormundschaft für die unehelichen Säuglinge in ihrer jetzigen Gestalt genügt nicht. Gerade in den ersten Wochen, wo die Geldmittel zur Unterstützung am nötigsten sind, ist der Vormund noch nicht bestellt, und wenn es endlich der Fall ist, so ist er seinen Aufgaben nicht gewachsen oder kümmert sich zu wenig um sein Mündel. Auch die bestehende Einrichtung des Gemeindewaisenrates besteht in den ländlichen Kreisen nur auf dem Papier. Es ist daher auf den Ausbau von Generalvormundschaften und Sammelvormundschaften hinzuwirken nach dem Muster Leipzigs, vieler anderer Städte und auch bereits einzelner Landkreise, z. B. in Sachsen. Auf ihre Einführung weist uns die Dienstanweisung, sowie der Ministerial-Erlaß vom 11. Februar 1905 hin. Die Vorzüge der Generalvormundschaft sind die, daß dem unehelichen Kinde der notwendige Schutz schnell zuteil wird und daß dem Generalvormund, der kraft seiner amtlichen Stellung, seiner Rechtskenntnisse, seiner Vertrautheit mit den sozialen Verhältnissen sowie seiner beamtenmäßigen Schulung die Rechte seiner Mündel nachdrücklich und wirksam vertreten kann. Die Einziehung der väterlichen Unterhaltungsbeiträge ist denn auch, wie die Erfahrung gezeigt hat, in den meisten Fällen gelungen. Der Vorwurf des Schematismus wird der Berufsvormundschaft mit Unrecht gemacht, solange es sich wenigstens um Kinder in den ersten Lebensjahren handelt. Ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit ist unbestritten.

Der besonderen Aufsicht des Kreisarztes unterstellt sind die Säuglinge unter den Haltekindern. Eine einigermaßen wirksame Kontrolle durch ihn ist aber nicht möglich, solange die Meldungen in der unzureichenden Weise eingehen, wie es jetzt durch die Polizeibehörden, besonders durch die Amtsvorsteher auf dem Lande, geschieht. Es muß energisch gefordert werden, daß diese Meldungen sofort und fortlaufend eingehen und nicht bloß am Schlusse des Jahres. Zu den Haltekindern gehören nicht diejenigen, die bei den Großeltern untergebracht sind; ihre Beaufsichtigung kann nur durch den Gemeindewaisenrat und Berufsvormund erfolgen. Es wird auf den Ministerialerlaß vom 28. August 1880 hingewiesen und auf die maßgebende Polizeiverordnung vom 20. Januar 1881. Bei der Ausführung der Aufsicht durch den Kreisarzt wird das Formular des Kreisarztes Dr. Pilf zu Wiesbaden empfohlen, das sehr zweckmäßig nnd praktisch erscheint. Immerhin genügt die Aufsicht durch den Kreisarzt allein nicht; es weist uns daher die Dienstanweisung auf die Anstellung von Aufsichtsdamen und die Einführung der Generalvormundschaft hin. Der Ministerial-Erlaß vom 11. Februar 1905 macht darauf aufmerksam, daß den ehrenamtlichen Pflegerinnen vorzuziehen sind die fest angestellten und besonders ausgebildeten, deren Tätigkeit im Sommer, wo sie am nötigsten sind, keine Unterbrechung erleidet. Andere Erlasse des Ministers, die sich mit diesen Fragen beschäftigen, sind die vom 16 Juni 1908, 15. November 1909 und 21. Juni 1910.

Die auf dem III. internationalen Kongreß für Säuglingsschutz von Stadtrat Samter-Charlottenburg zur Fürsorge für Pflege und uneheliche Kinder aufgestellten Thesen werden besprochen und als maßgebend anerkannt, desgleichen die Forderungen Reckes für die öffentliche Regelung des Haltekinderwesens und die Wünsche, die der Königlichen Staatsregierung zu unterbreiten sind (auf der ersten Preußischen Landeskonferenz für Säuglingsschutz unter dem Vorsitz Krohnes und Dietrichs. Thema: Das Haltekinderwesen in Preußen). Aus dem Vortrag Reckes und dem Vorbericht dazu werden die Organisation und technische Ausübung der Kontrolle in den größeren Städten erwähnt, alsdann wird hauptsächlich auf die Organisation des Haltekinderwesens in den Landkreisen eingegangen, wo die Fürsorge für diese Säuglinge sich noch ganz in den Anfängen befindet. Nur zwei ländliche Kreise bieten uns ein

leuchtendes Vorbild, es sind die Kreise Grimmen und der Landkreis Düsseldorf. Im ersteren Kreise ist die Grundlage der Säuglingspflegeverein für den Kreis Grimmen, der die Haltekinderfürsorge in engste Beziehung zur modernen Säuglingsfürsorge bringt. Die Organisation steht unter straffer Leitung des Landrats, wodurch eine geordnete, mit genauer Kenntnis der Rechtsverhältnisse und Behördenpraxis durchzuführende Verwaltung gesichert ist. In den Städten bestehen Fürsorgestellen, in den ländlichen Bezirken stützt sich die praktische Arbeit auf die Hebammen und ehrenamtliche Aufsichtsdamen, die tunlichst für jede Ortschaft bestellt werden sollen und denen neben der Förderung des Selbststillens insbesondere die Beaufsichtigung der Kostkinder in Verbindung mit den Ortspolizeibehörden obliegt (die Verfügung des Landrats an die letzteren wird herumgereicht). Neben der Durchführung der Kontrollvorschriften sollen diese ihr Augenmerk auf eine Verbesserung der Haltekinderverhältnisse insofern richten, als sie eine Liste empfehlenswerter Pflegestellen anzulegen haben. Gleichzeitig hat der Landrat an die Vormundschaftsgerichte seines und der benachbarten Kreise das Ersuchen gerichtet, die Vormünder anzuweisen, sich dieser Listen zu bedienen.

Bei der Tätigkeit des Landkreises Düsseldorf ist das Hauptgewicht auf die Bestellung beamteter und in der Säuglingspflege geschulter Pflegerinnen gelegt, ohne daß grundsätzlich die ehrenamtliche Arbeit verworfen wird. Es sind 3 Fürsorgerinnen mit Beamteneigenschaft bestellt worden, deren Arbeitskreis geographisch begrenzt ist. Diese „Kreispflegerinnen“ sind dem Landrat in disziplinarer Hinsicht unterstellt. Die technische Ueberwachung hat der Kreisarzt Hand in Hand mit dem Verein für Säuglingsfürsorge. Die drei Kreispflegerinnen sind die Trägerinnen der Organisation, haben die vorbereitenden Schritte zu tun und alle weiteren damit zusammenhängenden Maßnahmen zu ergreifen. Das hier ausgebildete System erscheint als das beste und mit gebotenen Einschränkungen und Abänderungen auch bei uns durchführbar.

In den Kreisen unseres Regierungsbezirkes erscheint es zunächst notwendig, daß eine genaue Feststellung sämtlicher in nicht elterlicher Pflege und Kost befindlicher ehelicher und unehelicher Kinder geschieht. Die Ortspolizeibehörden müssen eine genaue Liste anlegen, aus der Name, Alter, Herkunft, Pflegeeltern, Vormund, Höhe des Kostgeldes, kurz, alles zu ersehen ist, was zur Durchführung einer fortlaufenden Kontrolle bei unehelichen Säuglingen erforderlich ist. Es müßte ferner festgestellt werden, ob die betreffenden Pflegemütter die polizeiliche Genehmigung zur Annahme der Kostkinder haben, resp. wenn dies nicht der Fall ist, ob sie dazu geeignet sind.

Eine rationelle Fürsorge für uneheliche Säuglinge muß folgende drei Forderungen Taubes erfüllen: 1. Generalvormundschaft, 2. Pflegerinnen, am besten besoldete, 3. ärztliche Behandlung (Ziehkinderarzt).

Nach dem Beispiele von Düsseldorf Land scheint mir die Anstellung von 1 bis 2 fest besoldeten Fürsorgerinnen für jeden Kreis als das zweckmäßigste. Neben diesen müßten die wohltätigen Vereine, in unseren Kreisen besonders die Frauenvereine, mit ihren Gemeindeschwestern arbeiten. Da aber die Zahl der letzteren nur eine geringe ist und auch das Vorurteil gegen die unehelichen Säuglinge noch zu bekämpfen ist, wie auch aus vielen anderen Gründen, sind am geeignetsten und berufensten zur Mitarbeit auf diesem Gebiete die Bezirkshebammen, die jetzt in genügender Zahl in allen unseren Kreisen vorhanden sind. Ihre Stellung und ihr Einkommen würde sich dadurch bessern und sie könnten großen Segen stiften.

Diskussion.

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich führt aus, daß auch in höheren Kreisen noch jetzt die Säuglingsfürsorge nicht die genügende Unterstützung finde, da vielfach die Ansicht verbreitet sei, daß das Fortsterben der schwächlichen Säuglinge eine natürliche Auslese darstelle; diese Ansicht und dies Widerstreben gelte es zu bekämpfen. Er interessiere sich besonders dafür, wie sich die Kreise und Gemeinden hier im Osten zur Uebernahme der Kosten für Säuglingsfürsorgebestrebungen stellen.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen teilt mit, daß in der Stadt Allenstein die Kommune mit dem Verein für Wöchnerinnen und Säuglingspflege Hand in Hand arbeite; man wolle eine Säuglingsabteilung mit Entbindungszimmer einrichten, deren Räume die Stadt im neuen Siechen- und Armenhause bereit stelle, während der Verein die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung trage.

Med.-Rat Dr. v. Decker erwähnt, daß der Vaterländische Frauenverein in Osterode ein praktisches Säuglingsheim eingerichtet hat, das unter Leitung einer ausgebildeten Schwester steht; die Einrichtung eines Entbindungszimmers hat der Frauenverein abgelehnt.

Die Mehrzahl der übrigen Kreisärzte bestätigen, daß auch in ihren Kreisen die Vaterländischen Frauenvereine im wesentlichen die Träger der Kosten für die Säuglingsfürsorge seien; es werden Nahrungsmittel, Wäsche, Milch an Bedürftige verteilt und die Gemeindeschwestern zur Betätigung in der Fürsorge angehalten.

Med.-Rat Dr. Eberhardt und San.-Rat Dr. Dobczynski berichten über guten Erfolg der in Allenstein wöchentlich abgehaltenen Sprechstunde für Säuglinge, die von einem Arzt mit Unterstützung einer Vereinsdame geleitet wird. Die Mütter erhalten dort Auskunft über Ernährung, Pflege und Kleidung der Kinder sowie Rat über das Verhalten bei Krankheiten. Außer den etwaigen Ratschlägen bekommen die Mütter aber auch gelegentlich Unterstützungen in Form von Wäsche, Kleidungsstücken und von Milch. Die Verordnung von Medikamenten wird soviel wie möglich vermieden, ist aber nicht immer zu umgehen. Ortsarme Kinder werden in Krankheitsfällen zum Armenarzt geschickt. Die von der Stadt untergebrachten Kinder sollen in regelmäßigen Zeiten vorgestellt werden, was jedoch nicht immer geschieht. Dafür werden diese Kinder, von denen der Arzt ein Verzeichnis hat, gelegentlich in den Wohnungen besucht, um sich auch über die häuslichen Verhältnisse zu unterrichten. Der Besuch der Sprechstunde ist ein zufriedenstellender.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen regt an, die Kreisärzte möchten beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung auf größtmöglichste Leistungen der Krankenkassen bezüglich der Fürsorge dringen.

Der Regierungs-Präsident gibt seiner Ueberzeugung Ausdruck, daß die Kreisverwaltungen auf Antrag bereit sein werden, Mittel für die Fürsorge in ihre Etats einzustellen, soweit sie irgend dazu in der Lage sind.

Ober-Reg.-Rat Jachmann ist der Ansicht, daß auf dem Lande infolge des Entstehens zahlreicher kleiner Sammelmolkereien ein hochgradiger Milchmangel in den Familien der ärmeren Bevölkerung herrscht; er hält diese Molkereien für überflüssig und schädlich, und gibt der Hoffnung Ausdruck, daß ihre Zahl durch das Viehseuchengesetz eingeschränkt werden wird, da dies eine Sterilisation der Molkereimilch vorschreibt und eine solche nur mit größeren Kosten durchführbar sei.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen bestätigt diesen Milchmangel, der auch die Ursache der Blutarmut bei sehr vielen Schulkindern sei.

Auch Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich ist der gleichen Ansicht, nur kann er die Hoffnung, daß das Viehseuchengesetz Wandel schaffen wird, nicht teilen, da zu fürchten sei, daß an Stelle der Kleinbetriebe genossenschaftliche Großbetriebe treten, die den höheren Ansprüchen gerecht werden können. Er hält für erforderlich und zweckmäßig:

1. Belehrung der Bevölkerung über den Wert der Milch als Nahrungsmittel,
2. Belehrung der Aerzte, auch der älteren, über Säuglingspflege und Behandlung evtl. durch Vorträge der Kreisärzte in den Aerztevereinen,
3. Belehrung der weiblichen Jugend in Volks- und Fortbildungsschulen über Säuglingspflege (Säuglingspflegefibel),
4. Belehrung der Mütter in den Impfterminen.

Kreisarzt Dr. Zelle ist der Ansicht, daß die Säuglinge der masurischen Bevölkerung auch im Sommer so warm angezogen und eingewickelt würden, daß Schädigungen durch Wärmestauung eintreten müßten.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen stimmt dem bei, betont aber, daß anderseits auch die Sterblichkeit infolge Erkältungskrankheiten in unserem rauhen Klima sehr groß sei. Neben dem „Sommergipfel" der Säuglingssterblichkeit sei auch ein „Wintergipfel" gewöhnlich für Monat März festzustellen. Im Reg.-Bezirk Allenstein sei dieser Wintergipfel 1912 nach seinen Feststellungen bereits im Januar und Februar während der andauernd enormen Kälte erreicht worden.

Med.-Rat Dr. Eberhardt und Kreisarzt Dr. v. Petrykowski klagen über die noch immer starke Verbreitung der Saugflaschen mit langem Rohr und verlangen staatliches Einschreiten und Verbot dieser Flaschen.

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich erwidert, daß für Preußen eine Rundfrage ergeben habe, daß diese Flaschen nur noch in einzelnen Gegenden übermäßig gebraucht würden und daher einstweilen nur eine kreispolizeiliche Verordnung in Frage käme.

II. **Die Bekämpfung der Hebammenpfuscherei. a.** Der erste Referent, Kreisassistenzarzt Dr. Abramowski in Willenberg, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Die Gründe für die Hebammenpfuscherei im Regierungsbezirk Allenstein sind nach der Ansicht des Referenten in der großen Abneigung der Bevölkerung gegen alles legale Heilpersonal, der Unkultur, der mangelhaften Erschlossenheit vieler Kreise und in verschiedenen anderen Faktoren, nicht aber, wie gewöhnlich angenommen wird, im Hebammenmangel zu suchen.

2. Die aus der Hebammenpfuscherei erwachsenden Schädigungen sind derartig ins Gewicht fallende, daß eine ganz energische Besämpfung derselben nunmehr Platz greifen muß.

8. Da durch die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, welche angeführt werden, eine Ausrottung der Hebammenpfuscherei nicht gelingen will, und da auch die von zuständiger Seite jüngst unternommenen Schritte, welche besprochen werden, keine Gewähr für die völlige Tilgung des Uebels bieten, macht Referent diesbezügliche neue Vorschläge und fordert außerdem die Einbringung eines neuen Gesetzes.

4. Daneben ist eine Neugestaltung der Verhältnisse auf gütlichem Wege anzustreben.

Zur Begründung dieser Leitsätze führte Referent etwa Folgendes aus:

Die allgemeine Anschauung sowohl von Fachleuten, als auch von Laien geht von dem Gesichtspunkte aus, daß der Hauptgrund für die Hebammenpfuscherei im Hebammenmangel zu suchen sei. Diese Auschauung stützt sich auf eine Voraussetzung, die für die hiesigen Verhältnisse nicht zutrifft, auf die Voraussetzung nämlich, daß die hier vorhandenen Hebammen in derselben Weise in Aktion treten, als andernorts. In rein masurischen Gegenden werden jedoch die vorhandenen Hebammen nur wenig in Anspruch genommen, ja selbst in Dörfern, in denen solche wohnen, werden ihnen oft die Pfuscherinnen vorgezogen. Dies wird auch durch die verständigen Leute aus der Bevölkerung bestätigt, die sich ausnahmslos dahin aussprechen, daß nicht der Mangel an Hebammen der Hauptgrund für die Pfuscherei sei. Vor fünf Jahren konnte man noch von Hebammenmangel sprechen, heute nicht mehr, was durch Statistik ersichtlich gemacht werden kann. Daß kein Mangel an Hebammen vorhanden ist, ergibt sich auch aus der Tatsache, daß hier auf dem Lande so gut wie gar keine freipraktizierende Hebammen vorhanden sind. Allerdings tragen auch die mangelhafte Erschlossenheit einzelner Kreise, weite Entfernung, ferner die Unkultur, die geringe Einschätzung des kindlichen Lebens bei den Slaven, zu denen die Masuren zu rechnen sind, zur Abneigung gegen die Zuziehung der Hebammen bei.

Die Bekämpfung der Hebammenpfuscherei geschieht nun nicht nur aus kulturell-ästhetischen Gründen, sondern auch um die durch sie bedingte Morbidität und Mortalität, die ebenso wie die staatliche Geldeinbuße inopportun erscheinen, herabzudrücken. Im Vordergrunde des Interesses steht das durch die Pfuschererinnen hervorgerufene Kindbettfieber. Nach einer jüngst erschienenen Veröffentlichung aus der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern ist die Hauptursache für die hohe Mortalität an Puerperalfieber in der Provinz Ostpreußen in der Tätigkeit der Pfuscherinnen zu suchen, was statistisch erhärtet wird, und wobei in Betracht zu ziehen ist, daß nicht nur die Pfuschweiber, sondern auch die Ehemänner diese verderbliche Tätigkeit entfalten. Aber auch auf andere Weise bringen die Pfuscherinnen infolge ihrer Unkenntnis des Geburtsvorganges die Kreissenden oft in große Gefahr, die hauptsächlich bei engem Becken, regelwidrigen Kindeslagen und in der Nachgeburtsperiode in die Erscheinung tritt. Durch Verbluten in der Nachgeburtsperiode ereignen sich die meisten plötzlichen Entbindungstodesfälle, und diese Fälle sind es, die die Staatsanwaltschaft im Regierungsbezirk Allenstein so oft zur Anordnung von Leichenöffnungen veranlassen.

Die bestehende Gesetzgebung, deren einzelne Paragraphen angeführt werden, verlangt zum Zustandekommen des Begriffes der Hebammenpfuscherei das Vorhandensein gewerbsmäßiger, selbständiger Hilfeleistung bei dem Gebärakte einer Frau durch eine weibliche Person, der dazu weder

eine Konzession noch ein Prüfungszeugnis erteilt ist. Geahndet wird diese Hebammenpfuscherei nach § 147 Nr. 1 der R.-G.-O. Die nicht gewerbsmäßige geburtshilfliche Tätigkeit durch Personen ohne Hebammenprüfungszeugnis wird außerdem nach örtlichen Verhältnissen durch Polizeiverordnungen geregelt und überwacht. Zugleich dienen diese auch zur Bekämpfung der gewerbsmäßigen Pfuscherei. Für Ostpreußen gilt in dieser Hinsicht die Oberpräsidialpolizeiverordnung vom 16. Nov. 1885, und zwar die §§ 7 u. 8 derselben. Diese Polizeiverordnung ist zugleich ein Hilfsmittel im Kampfe gegen die gewerbsmäßige Hebammenpfuscherei, da sich mit ihr jede geburtshilfsliche Tätigkeit der Nichthebammen, Notfälle ausgenommen, bestrafen läßt. Dagegen ist sowohl die gewerbsmäßige, als die nicht gewerbsmäßige Ausübung der Geburtshülfe durch Männer ohne Approbation straflos. Diese Entscheidung ist für Masuren von besonderer Wichtigkeit, da hier die Pfuscherin mit dem Ehemann zusammenarbeitet, das heißt, die Pfuscherin entfaltet ihre ganze Tätigkeit und läßt nur den Mann abnabeln. Sie ist dann schuldlos, weil zum Kriterium der Hebammenpfuscherei Hilfeleistung während aller drei Geburtsperioden gehört; der Mann kann aber nach der angeführten gesetzlichen Bestimmung nicht bestraft werden (Reichsgerichtsentscheidung vom 14. Januar 1887).

Die Feststellung, ob hier die gewerbsmäßige oder die nicht gewerbsmäßige Pfuscherei mehr ins Kraut geschossen ist, ist sehr schwierig zu beantworten. Zur Bestrafung wegen gewerbsmäßiger Hebammenpfuscherei kommt es jedenfalls ungleich seltener, da sich diese sehr viel schwerer nachweisen läßt, als die Uebertretung der erwähnten Polizeiverordnung, schon aus dem Grunde, weil die Annahme eines Entgelts stets geleugnet wird; betreffend des Entgeltes sagt aber keine Entscheidung, ob damit nur bares Geld oder auch Naturalien gemeint sind. Tatsächlich steht die gewerbsmäßige Pfuscherei in voller Blüte, daneben entbinden aber, wie schon erwähnt, die Ehemänner und jedes alte Weib, wenn man Verlangen danach trägt. Was den § 222 Str.-G.-B, anbelangt, so müssen hier sehr oft wegen nicht genügender Klärung des Tatbestandes Freisprechuugen erfolgen. Die Strafen, die wegen Hebammenpfuscherei mit nicht tödlichem Ausgange verhängt werden, sind geringe, kaum daß sie die Höhe von 20 M. jemals erreichen. In einer großen Anzahl von Fällen wird von der Erhebung der Anklage abgesehen und die Angelegenheit durch Strafbefehle geregelt. Die Zahl der Freisprechungen ist eine sehr große, da sich der von den Leuten stets konstruierte „Notfall“ meistens nicht widerlegen läßt.

Erst in jüngster Zeit haben berufene Kreise, veranlaßt durch die erwähnte außerordentlich hohe Zahl der Kindbettfieberfälle, den Versuch gemacht, bessernd in die Verhältnisse einzugreifen. Diese Schritte wurden von der nordöstlichen Gesellschaft für Gynäkologie unternommen, die die Gerichtsbehörden auf das verderbliche Treiben der Hebammenpfuscherinnen aufmerksam machte. In der Folge wurden die Landräte ersucht, die Standesbeamten anzuweisen, bei sämtlichen Geburtsanmeldungen den Anzeigenden zu befragen, wer Geburtshilfe geleistet hat; sollte sich dabei herausstellen, daß weder ein Arzt, noch eine Hebamme zugegen gewesen ist, so sei an zuständiger Stelle Mitteilung zu machen. Treten bei oder nach der Entbindung Todesfälle bei Mutter und Kind ein, so sollen die Standesbeamten hiervon sofort den Kreisarzt benachrichtigen, damit gegebenenfalls Leichenöffnung beantragt werden könne. Ferner wurde angeregt, daß die Amtsanwälte möglichst hohe Strafen beantragen bezw. Berufung einlegen sollten.

Die größere Strenge von seiten der Behörden wird es auch den Kreisärzten und Hebammen lohnender erscheinen lassen, den Kampf gegen die Hebammenpfuscherei mit Energie zu führen; so steht zu erwarten, daß die Hebammenpfuscherei auf diese Weise eine gewaltige Eindämmung erfahren wird. Trotzdem ist zu bezweifeln, ob sie auf diesem Wege ganz beseitigt werden kann, und zwar aus dem einen Grunde, weil der „Notfall“ hierdurch nicht getroffen wird. In diesem Notfall liegt aber der Kernpunkt der ganzen Sache, Es werden sich mehr Pfuscherinnen zu verantworten haben als früher, auch werden die Strafen höhere sein, die Zahl der Notfälle aber wird kaum verringert werden. Da es nun wohl auf keine Weise gelingen wird, den Notfall stets zu widerlegen, müssen wir danach trachten, die Sachlage so zu gestalten, daß ein solcher überhaupt nicht mehr in Frage kommt; das kann aber nur an der Hand einer neuen gesetzlichen Bestimmung bezw. Polizeiverordnung geschehen.

Referent schlägt Folgendes vor:

Es muß bei jeder Niederkunft eine Hebamme zugezogen werden, und zwar auch dann, wenn das Kind bereits geboren ist. Auch muß sie in jedem Falle honoriert werden. Selbst nach erfolgter Entbindung ist der Nutzen der Hebamme nicht gering anzuschlagen; auch werden auf diese Fälle weniger Fieberfälle zu verzeichnen sein, desgleichen werden nicht so viele Totgeburten vorkommen, da die Hebamme nicht nach der Pfuscherin gerufen wird. Bei Nichtbefolgung dieser Bestimmung müßten rigorose Bestimmungen Platz greifen; außerdem müßte den Frauen die Wochenbettunterstützung, die ihnen in Zukunft nach der Reichsversicherung zuteil werden soll, nicht gezahlt werden. Es müßte ferner ein neues Gesetz geschaffen werden, wodurch das Strafmaß so erhöht wird, daß die Hebammenpfuschereifälle den Laiengerichten entzogen und vor die Strafkammer gebracht werden. Da hierzu eine Abänderung der Gewerbeordnung nötig ist, müßte das Gesetz ein Reichsgesetz sein.

Kommt Körperverletzung oder fahrlässige Tötung bei einer von einer Pfuscherin geleiteten Entbindung zur gerichtlichen Begutachtung, so wird dem Gerichtsarzt häufig die Frage vorgelegt, ob die Verletzung oder der Tod in dem Handeln der Pfuscherin ihre Ursache haben, und ob sie auch beim Eintreffen rechtzeitiger, sachgemäßer Hilfe eingetreten wären. Im ersten Falle ist der Kausalnexus nicht immer klar zu beweisen, und im zweiten Falle muß der Gerichtsarzt häufig zugeben, daß bei dieser oder jener Komplikation trotz sachgemäßer Hilfe eine Frau beim Geburtsakt sterben kann. Dem Juristen ist dann der Kausalnexus nicht immer klar genug, so daß wegen Fehlens der Beweise Freisprechung erfolgt. Hier genügt es, wenn erstens der medizinische Sachverständige bekundet, daß ohne jene Vernachlässigung sicherlich nicht in solcher Weise, namentlich nicht binnen derselben Zeit der Tod eingetreten wäre, oder wenn zweitens der Sachverständige bekundet, daß der Tod mit außerordentlich hoher Wahrscheinlichkeit ohne die Vernachlässigung garnicht oder in anderer Weise eingetreten wäre (Fritsch).

Neben diesem gesetzlichen Vorgehen müssen wir durch Hebung und Verbesserung des Kulturzustandes dem Uebel entgegentreten. Es müßte ferner in jeder Dorfgemeinde abwechselnd jeder Besitzer eines Gespannes zu dessen Gestellung für eine bestimmte Taxe im Falle einer Entbindung verpflichtet werden. Auch Wanderkörbe mit Bett- und Leibwäsche wären zu empfehlen. Die Wochenbettpflege soll den Hebammen belassen werden; das Aufsuchen einer Entbindungsanstalt in allen Fällen, in denen die häuslichen Verhältnisse unhygienische sind, wie es von mancher Seite erstrebt wird, ist für die Masuren nicht durchführbar; dagegen wäre es sehr vorteilhaft, wenn in armen Familen die Hebamme aus öffentlichen Mitteln bezahlt werden würde. Nicht unmöglich erscheint es, daß die aus Westfalen zurückkehrenden Frauen die Prohibition hier verbreiten werden; ein zu großer Druck dürfte daher nicht angebracht sein. Desgleichen darf man es nicht unterlasseu, moralisch auf die Bevölkerung einzuwirken und zwar unter Inanspruchnahme der Geistlichkeit, auch der Sekten, der vaterländischen Frauenvereine und der Kriegervereine. Auch Merkblätter, die bei den verschiedensten Gelegenheiten zu verteilen wären, dürften von Nutzen sein.

Ein vom Referenten verfaßtes Merkblatt hat folgenden Wortlaut:

1. Jede Entbindung, welche durch eine andere Person, als durch eine geprüfte Hebamme besorgt wird, ist mit der größten Lebensgefahr für Mutter und Kind verbunden.

2. Die Hebamme allein kann es beurteilen, ob eine Gefahr besteht oder nicht.

3. Dieselbe kann die Gefahr um so sicherer abwenden, je früher sie gerufen wird; am besten holt man sie sofort, wenn die Wehen beginnen, da bis zu ihrem Eintreffen sowieso eine längere Zeit vergeht.

4. Die meisten Frauen sterben unter der Entbindung daran, daß das Kind eine falsche Lage hat, oder daß die Nachgeburt an einer falschen Stelle sitzt. Sie verbluten sich entweder nach innen oder nach außen. Hier kann nur der Arzt helfen, aber nur die Hebamme weiß, daß solch eine schlimme Geburt im Gange ist, und schickt daher nach dem Arzt.

5. Kind und Nachgeburt liegen aber meistens bei denjenigen Frauen falsch, die schon eine Anzahl von Kindern geboren haben. Sie sterben und müssen ihre Familie zu einer Zeit verlassen, in der dieselbe ihrer am meisten bedarf.

6. Die Pfuscherin ruft zuweilen auch den Arzt, dann ist es aber meist zu spät, zu helfen, oder es muß eine große Operation vorgenommen werden, von der die Frauen sich oft nur schwer erholen.

7. Frauen, die durch die Hebamme entbunden werden, bekommen viel seltener Kindbettfieber, als Frauen, die durch andere Personen entbunden werden. Es genügt nicht, wenn man sich die Hände wäscht; die Reinigung der Hände (Desinfektion) muß erlernt werden, und das hat nur die Hebamme erlernt.

8. Es werden viele Kinder scheintot geboren, die nur die Hebamme durch ihre Kunst ins Leben zurückrufen kann; auch kommt es vor, daß Kinder sich aus der Nabelschnur verbluten, weil diese falsch oder ungenügend unterbunden ist. Das passiert bei einer Hebamme aber niemals.

9. Darum Männer, wenn ihr eure Frauen lieb habt und keine strafbare Handlung vor Gott und den Menschen begehen wollt, ruft bei der Niederkunft stets eine Hebamme.

10. Darum Frauen, wenn ihr euch eurem Manne und euren unmündigen Kindern erhalten wollt, lasset euch nur von einer Hebamme entbinden.

Referent hofft, daß die Kreisärzte die von ihm gemachten Vorschläge weiter ausbauen werden.

b) Der Korreferent, Kreisassistenzarzt Dr. Müller-Bialla, behandelte das Thema in Beziehung zur Säuglingsfürsorge und hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Die in den östlichen Teilen des Reiches, namentlich im Regierungsbezirk Allenstein, stark verbreitete Hebammenpfuscherei bildet auf dem Lande eine schwere Schädigung des Volks, der viele Frauen und noch mehr Neugeborene jährlich zum Opfer fallen.

2. Eine erfolgreiche Herabminderung der hohen Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebenswochen muß in der energischen Bekämpfung der Hebammenpfuscherei ihren Anfang nehmen.

3. Die Ausrottung der Hebammenpfuscherei steht zu erwarten:

a) Durch Feststellung und Verfolgung jedes einzelnen Falles von Pfuscherei in der Geburtshilfe.

b) Durch Aufbesserung der Hebammenverhältnisse.
Die Hebammen auf dem Lande müssen vermehrt und in ihrem Einkommen verbessert werden. Je mehr Hebammen in einem Kreise, um so weniger Hebammenpfuscherei daselbst.

c) Die Hebammen müssen theoretisch und praktisch in der Säuglingsfürsorge ausgebildet werden, um erfolgreich gegen die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen ankämpfen und die Mütter richtig beraten zu können.

d) In geeigneten Fällen können die Landpflegerinnen, Gemeindeschwestern und die verschiedenen Frauenvereine wirksam in der Wochenbett- und Säuglingshygiene mithelfen.

e) Schließlich wird auch die Aufklärung der Landbevölkerung durch Belehrung in den Kreisblättern und Tageszeitungen, Vorträge und Verteilung von Merkblättern über die schweren Schädigungen der Hebammenpfuscherei für Mutter und Kind von einigem Nutzen sein.

Er gab dazu auszüglich folgende Ausführungen:

In den östlichen Teilen des Reichs, namentlich im Reg.-Bez. Allenstein, bildet die stark verbreitete Hebammenpfuscherei auf dem Lande eine schwere Schädigung des Volkes. Bei weitem am schlimmsten wird von ihr im Bezirk der Kreis Johannisburg betroffen, in dem im Jahre 1911 noch 62,4 % Entbindungen ohne Hebammenhilfe zu verzeichnen sind; nächst diesem der Kreis Ortelsburg mit 57,9 % und dann die übrigen Kreise mit immer geringerer Beteiligung, so daß die dem Volke nach schon dem Ermlande angehörenden Kreise Allenstein nur 22,2 % und Rössel nur noch 12,3 % Geburten ohne Hebammenhilfe aufweisen.

Durch die Tätigkeit der Pfuscherinnen, meistens an der Schwelle der der Greisenjahre stehende Kätner- oder Altsitzerfrauen, von denen nicht wenige bei weitem mehr Entbindungen leiten als die dort ansässige Hebamme, werden zahlreiche Frauen an ihrer Gesundheit schwer geschädigt und noch mehr Säuglinge in den ersten Lebensjahren dahingerafft. Nur eine energische Bekämpfung der Hebammenpfuscherei wird viele Frauen ihren Familien erhalten und die erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit der ersten Wochen herabmindern.

Zunächst muß jeder Fall von Pfuscherei in der Geburtshilfe festgestellt und wenn kein Notfall vorliegt, zur gerichtlichen Bestrafung geführt werden. Ein einfaches und recht zweckmäßiges Kontrollsystem, um die bei der Geburt Hilfe leistende Pfuscherin festzustellen, hat der Kreis Lyck unter Zuziehung der Standesbeamten seit dem 1. April 1911 eingeführt, wodurch es gelungen ist, eine größere Anzahl Pfuscherinnen zu bestrafen und einen deutlichen Rückgang der Hebammenpfuscherei zu erzielen. Leider wird die Polizeiverordnung von 1885, die jede unberechtigte Geburtshilfe unter Strafe stellt, in vielen Amtsgerichtsbezirken von seiten der Richter nicht genügend gewürdigt, da die Pfuscherin sehr oft bei der Berufung gegen die Polizeistrafe vor dem Schöffengericht Freispruch erzielt. Eine Eingabe, die Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Winter-Königsberg wegen der hohen Zahl der Kindbettfiebertodesfälle — eine Folge der Hebammenpfuscherinnentätigkeit — an die Oberlandesgerichte der östlichen Provinzen und den zuständigen Herrn Minister machen will, um die betreffenden Behörden über die verderbliche Wirkung der Pfuscherei in der Geburtshilfe aufzuklären, wird hoffentlich durch strengere Bestrafung der Pfuscherinnen vor Gericht die Kindbettfieberfälle einschränken und die Sterbeziffern der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen, die bei den durch Pfuscherinnen gehobenen Kindern bedeutend höher sind als bei den durch Hebammen gehobenen, erheblich herabmindern.

Ein weiteres wirksames Mittel gegen die Hebammenpfuscherei bildet die Ausgestaltung des Hebammenwesens. Schon die Vermehrung der Landhebammen läßt einen deutlichen Rückgang der Hebammenpfuscherei erkennen. Während im Kreise Sensburg im Jahre 1902 bei 13 Hebammen noch 71,4 % Geburten ohne Hebammenhilfe waren, sank die Prozentzahl 1905 bei 16 Hebammen auf 62,75 % und 1911 bei 25 Hebammen auf 37,9 %. Außer der Vermehrung der Zahl der Landhebammen — im Jahre 1911 waren von den 220 Hebammen des Regierungsbezirks Allenstein allein 85 = 38,6 % in den 23 Städten des Bezirks ansässig, ist auch eine Verbesserung ihrer materiellen Lage dringend notwendig. Wenn auch die einzelnen Kreise, zum Teil mit Unterstützung des Herrn Ministers, die traurige pekuniäre Lage der Landhebammen in letzter Zeit aufgebessert haben — im Jahre 1911 hatten noch 99 Hebammen des Bezirks = 45 % unter 400 M. Einkommen —, so sind doch sehr viele Hebammen zum Schaden der Geburtshilfe gerade wegen der stark verbreiteten Hebammenpfuscherei nur wenig beruflich beschäftigt und müssen meistens noch einem anderen Erwerb nachgehen. Von größter Wichtigkeit ist es aber, daß die Hebammen alle ihre Kräfte nur ihrem mühevollen Berufe widmen, doppelt wichtig auch im Interesse der Neugeborenen; denn gerade die Landhebamme kann als Hauptstütze der Säuglingsfürsorge auf dem Lande nicht entbehrt werden. Sie muß die Mutter zum Selbststillen anhalten und in der Pflege des Säuglings beraten. Schon im Jahre 1902 hat der Regierungspräsident in Aachen die Hebammen seines Bezirks in einem Erlaß auf ihre Pflichten in der Säuglingshygiene hingewiesen. Selbstverständlich kann man von den Hebammen nach ihrer jetzigen Ausbildung eine erfolgreiche Tätigkeit in der Säuglingshygiene nicht erwarten. Dazu bedarf es der theoretischen und praktischen Ausbildung der Hebammenschülerinnen in Krippen, die nach dem Vorschlage des Geh. Ober-Med.-Rats Dr. Dietrich den Hebammenlehr- und Entbindungsanstalten angeschlossen werden müßten. Die jetzt praktizierenden Hebammen müßten eine gleiche Ausbildung in Fortbildungskursen erhalten. Auch die beamteten Aerzte müssen bei den Nachprüfungen und in den Hebammenvereinen die Wichtigkeit der Säuglingsfürsorge durch die Hebammen immer wieder betonen und durch belehrende Vorträge die Kenntnisse der Hebammen auf diesem Gebiete wach erhalten.

Ferner können die Gemeindeschwestern und Landpflegerinnen nach vorheriger Untersuchung auf dem Gebiete der Wochenbett- und Säuglingshygiene mithelfen und auch die verschiedenen Frauenvereine durch ihre Vertrauensdamen auf dem Lande durch öftere Kontrollbesuche der Wöchnerinnen und Neugeborenen sich von der Durchführung einer verständigen Wochenbett- und Säuglingspflege überzeugen und, wo es nottut, helfend eingreifen.

Schließlich wird auch der Einfluß der Belehrung des Publikums über die verderbliche Wirkung der Hebammenpfuscherinnen für Mutter und Kind durch belehrende Veröffentlichungen in den Kreisblättern und Tageszeitungen und durch entsprechende Merkblätter, die bei den Impfnachschauterminen zur Verteilung gelangen könnten, von einigem Nutzen sein.

Die Durchführung obiger Maßnahmen läßt die gänzliche Beseitigung der Hebammenpfuscherei und eine erhebliche Herabminderung der Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebenswochen bestimmt erhoffen zum großen Nutzen der kulturellen und wirtschaftlichen Weiterentwicklung des Regierungsbezirks.

Die Diskussion eröffnet Kreisarzt Dr. Wollermann mit der Mitteilung, daß in Lyck jede Hebamme in einem Formular, das dem Standesbeamten vorzulegen ist, ihre Hilfeleistung bei der Entbindung bescheinigt; erhält der Standesbeamte keine Bescheinigung, so hat er der Bezirkshebamme Mitteilung zu machen, diese zeigt den Fall dem Kreisarzt an. Anfangs seien zahlreiche Anzeigen eingelaufen, dann hätten die Hebammen aus Furcht, ihre Praxis durch die Anzeigen zu schädigen, im Stiche gelassen und die Anzeigen blieben aus.

Kreisarzt Dr. Lemke teilt mit, daß in Sensburg eine ähnliche Methode eingeführt sei, nur besteht der Unterschied, daß der Standesbeamte alle Entbindungen, die ohne Hebamme vor sich gegangen sind, monatlich dem Kreisarzt anzeige. Ferner zahle der Kreis bei Familien, die zu höchstens 1,20 Mark fingiertem Steuersatz veranlagt sind, die Hebammengebühr in Höhe von 6 M.

Ob.-Reg.-Rat Jachmann hält das Sensburger Verfahren für zweckmäßiger; ebenso

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, der jedoch nicht monatliche, sondern jedesmalige sofortige Anzeige wünscht.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen hält die Einziehung der vorgeschlagenen Umgehungsgebühr für die Hebamme nicht für durchführbar.

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich führt aus, daß eine solche Gebühr im Hebammengesetzentwurf vorgesehen war; ohne Gesetz sei sie allerdings unhaltbar.

San.-Rat Dr. Dobczynski bemerkt, daß die Stadt Allenstein die früher vorhandenen 2 Bezirkshebammenstellen habe eingehen lassen, dafür werde allen Hebammen gegenüber die Bezahlung aus städtischen Mitteln nach den Mindestsätzen der gültigen Taxe gewährleistet, wenn sie nachweisen, daß ihre Bemühungen zur Erlangung einer Bezahlung fruchtlos geblieben seien. Die Bezahlung aus städtischen Mitteln gelte als Armenunterunterstützung; es werde versucht, die von der Stadt verauslagten Beträge wieder einzuziehen, aber von der Beitreibung der Beträge Abstand genommen, wenn die Verhältnisse ungünstig seien (Krankheit in der Familie, schlechte Arbeitsverhältnisse, zahlreiche Kinder bei geringem Verdienst und ähnl.).

Der Unterschied gegen die früheren Verhältnisse sei augenscheinlich. Früher sei es vorgekommen, daß die hilfesuchenden Armen umherlaufen mußten, weil sie nicht wußten, wo die Bezirkshebammen wohnten; — es sei weiter vorgekommen, daß die anderen Hebammen die armen Leute fortschickten, mit dem Hinweis, daß sie nicht Bezirkshebamme und deshalb zur Hilfe nicht verpflichtet seien, — und es hätte schließlich auch vorkommen können, daß die Bezirkshebamme anderweitig beschäftigt gewesen sei. Alle diese Schwierigkeiten seien durch die Neuordnung überwunden. Eine weitere Folge sei, daß in der Stadt selbst, abgesehen von heimlichen Geburten, es kaum jemals vorkomme, daß eine Geburt ohne Hebamme vor sich gehe.

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich hält dies Beispiel für nachahmenswert.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen befürwortet schließlich noch eine Verschärfung der Hebammenzulassungsprüfung durch die Kreisärzte. Die Hebung des Materials der Lehrtöchter und der Hebammen werde zur Abnahme der Hebammenpfuscherei auch in den ländlichen Bezirken beitragen.

Die Referenten verzichten auf das Schlußwort.

Nach Schluß der Versammlung durch den Herrn Regierungspräsidenten vereinigten sich die Teilnehmer zu einem gemeinsamen Essen. Die Damen der Teilnehmer hatten inzwischen das Dorotheenhaus des Vaterländischen Frauenvereins besichtigt, in dem verschiedene Wohlfahrtseinrichtungen, wie Kleinkinderschule, Volksküche und ähnliches vereinigt sind.

Nachdem Herr Regierungspräsident zur Besichtigung der erneuerten Remter des Schlosses eingeladen hatte, fand noch eine Besichtigung hygienischer Anlagen (Emscher Brunnen) im Stadtwald bei Jakobsberg statt.

Dr. Meyen-Allenstein.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Königsberg am 4. und 5. September 1912 in Memel.

Die diesjährige amtliche Konferenz wurde in Memel am 4. und 5. September abgehalten, um den Medizinalbeamten des Bezirks Gelegenheit zu geben, das Lepraheim zu besichtigen und an dem dort vorhandenen Krankenmaterial die Symptomatologie der Lepra zu studieren. An der Versammlung nahmen teil: Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Solbrig sowie sämtliche Kreisärzte bis auf drei, welche zurzeit beurlaubt waren, ferner als Gast der Landrat des Kreises Memel, Herr Geh. Reg.-Rat Cranz.

I a. **Besichtigung des Lepraheims** am 4. September. Es liegt außerhalb der Stadt, jedoch so, daß es von dieser bequem zu erreichen ist, von Wald umgeben und mit gärtnerischen Anlagen geschmückt, so daß es auch schon von außen einen recht freundlichen Eindruck macht. In dem Heim begrüßte Herr Geh.-Rat Cranz die Erschienenen und gab einen kurzen historischen Ueberblick über die Beobachtungen von Lepra im Kreise Memel und über die Errichtung des Lepraheims. Schon seit mehr als 30 Jahren sei von Aerzten des Kreises wiederholt darauf hingewiesen worden, daß sich Lepröse unter der Bevölkerung befänden. Besonders wurde durch den damaligen Kreisphysikus Dr. Rosenthal und San.-Rat Dr. Pindikowski auf die sich stetig vermehrende Anzahl warnend hingewiesen, da diese Kranken eine Gefahr für ihre Umgebung bilden, und betont, daß eine strenge Isolierung dringend notwendig sei. Es dauerte jedoch noch einige Jahre, bis staatlicherseits der Bau des Lepraheims beschlossen wurde. Bis zur Eröffnung des Heims waren die Leprösen teils in ihren Familien belassen worden, teils waren sie in den klinischen Universitätsinstituten untergebracht. Seit Eröffnung des Heims im Jahre 1899 sind im ganzen etwa 51 Patienten beherbergt worden; von diesen stammten 38 aus dem Kreise Memel, die übrigen zum Teil aus anderen Gegenden Deutschlands (infiziert in überseeischen Ländern, zum Teil aus Rußland (deutsche Staatsangehörige, die sich in Rußland längere Zeit aufgehalten hatten). Die Ueberführung der Leprösen in das Heim hat im allgemeinen keine Schwierigkeiten gemacht, da die Leute sich davon überzeugten, daß sie dort gut untergebracht seien. Das Verhalten der Patienten, welche jahrelang, die meisten bis zu ihrem Tode, in dem Heim bleiben müssen, war im ganzen ein durchaus mustergültiges. Der Bau selbst hat sich im allgemeinen bewährt; es mußten, besonders für den wirtschaftlichen Teil, einige An- bezw. Umbauten gemacht werden.

I b. Hierauf stattete der leitende Arzt des Lepraheims, Med.-Rat Kreisarzt Dr. Geßner, ein Referat über die **Diagnose und Pathologie der Lepra**, in dem er etwa folgendes ausführte:

Daß die Lepra eine ansteckende Krankheit ist, dürfte heute wohl kaum einem Zweifel unterliegen; die frühere Anschauung, daß die Lepra vorzugsweise durch Vererbung übertragen wird, hat man jetzt fallen gelassen, ebenso wie man nicht geneigt ist, der Ansicht Hutchinsons beizustimmen, daß die Lepra durch den Genuß verdorbener Fische entsteht. Als Erreger der Krankheit wird der Leprabacillus angesehen, der 1871 durch Hansen in Norwegen entdeckt und später durch Neisser färberisch dargestellt ist. Der Bacillus wird in allen Krankheitsprodukten der tuberösen Lepra, häufig auch bei der anästhetischen Form aufgefunden; ihn in Reinkultur zu züchten, ist allerdings bis jetzt noch nicht gelungen. Auch das 1884 von Arning an Menschen angestellte Experiment kann als strikt beweisend nicht angesehen werden: Arning hat einen zum Tode verurteilten Verbrecher mit Material von einem Lepraknoten geimpft, wonach sich zuerst ein Initialinfiltrat, einige Jahre später sichere Erscheinungen von Lepra eingestellt haben sollen. Da die geimpfte Person jedoch auf den Sandwichsinseln lebte, wo sie genügend Gelegenheit hatte, sich mit Lepra zu infizieren, kann das Experiment nicht als vollgültig angesehen werden. Ebenso ist der Versuch eines japanischen Forschers, Mäuse mit Lepra zu impfen, nicht als einwandsfrei anzusehen. Der Leprabacillus gehört zu den säurefesten Bazillen und ist leicht nach Ziehl im Ausstrichpräparat zu färben; Unna hat eine Doppelfärbung angegeben, die es ermöglichen soll, die lebenden von den abgestorbenen und im Zerfall begriffenen Bazillen zu unterscheiden. Der Einzelbacillus unterscheidet sich

wenig vom Tuberkelbacillus, ist aber charakterisiert durch sein Vorkommen in größeren Verbänden und in Klumpenform. Diese Klumpen oder Nester bestehen ganz aus Bazillen. Der Leprabacillus wird konstant angetroffen in den Knoten der tuberösen Lepra, kommt in der Regel auch im Nasenschleim der mit tuberöser Lepra Behafteten vor; er wird dagegen nicht selten vermißt bei Patienten mit der anästhetischen Form.

Die Ansteckungsfähigkeit der Lepra kann als eine sehr erhebliche nicht angesehen werden; Uebertragungen aus Pflegepersonal in Lepresorien kommen im ganzen sehr selten vor. Nach Mitteilungen des norwegischen Arztes Sand ist in 97 % der Ehen, in dem nur ein Gatte leprös war, keine Uebertragung auf den anderen erfolgt; von 1655 Kindern lepröser Eltern wurde nur 1/4 leprös.

Man unterscheidet 3 Formen der Lepra: a) die tuberöse oder Knotenlepra, b) die maculo-anaesthetische oder Nervenlepra, c) die tubero-anaesthetica oder gemischte Lepra.

Charakteristisch für a), die erste Form, die tuberöse, ist der Lepraknoten, ein weiches, aber das Niveau der Haut prominierendes halbkugeliges Gebilde; der Knoten zeichnet sich durch großen Reichtum an Leprabazillen aus, histologisch gehört er zu den Granulationsgeschwülsten. Praedilektionsstellen sind die Stirn, das Gesicht, die Ohrläppchen und der Handrücken; sehr selten findet er sich auf dem behaarten Kopf, den Handtellern, Fußsohlen und dem Nacken. An den beschriebenen Stellen tritt aber außer den einzelnen Knoten nicht selten auch ein diffuses, flächenhaftes Infiltrat auf. Infolge der Verdickung treten die Furchen der Haut schärfer hervor, die Nase verbreitert sich, die Wangen prominieren stärker. Diese Schwellungen und die meistens gelblichbräunliche Farbe des Infiltrats geben dem Gesicht das charakteristische, als facies leonina bezeichnete Aussehen, das oft schon die Krankheit auf größere Entfernung zu diagnostizieren gestattet. Tatsächlich ist einer der Kranken, der auf dem Markt zu betteln pflegte, von einem vorübergehenden Arzt als leprös erkannt und dem Lepraheim zur Isolierung zugeführt worden. Endlich kommen noch flache, nicht knotige, unscheinbare Infiltrate vor, die wenig über die Haut prominieren und meist rundliche Form von Linsen- bis Erbsengröße haben. Sie sind in der Regel gelbbraun gefärbt und finden sich auf der Streckseite der Extremitäten, auf Brust und Rücken. An der Streckseite der Extremitäten, besonders Knien und Ellenbogen, findet sich eine an Psoriasis erinnernde Verdickung der Epidermis und eine eigentümliche Verhornung derselben nebst schwarzbrauner Verfärbung. Typisch für die Lepra tuberosa und in keinem ausgesprochenen Falle fehlend ist der Schwund der Augenbrauenhaare. Die Nasenschleimhaut zeigt öfters runde, namentlich an der Scheidewand sitzende Geschwüre, die oft in die Tiefe gehen und zu Perforationen des Septums führen. Die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens zeigt häufig flächenhafte Infiltrate, die jedoch selten ulzerieren. Infolge von Schrumpfungen im submukösen Zellgewebe kommt es häufig zu Narbenbildungen von strahliger Form. Die Oberfläche der Zunge ist oft mit flachen Knoten bedeckt, auf denen das Epithel fehlt, so daß die Kranken durch starke Schmerzen belästigt werden. An den Augen kommen häufig zur Erblindung führende Krankheiten vor, und zwar Ulzeration der Hornhaut oder kleine punktförmige Infiltrate auf dieser (Keratitis punctata) oder richtige lepröse Knoten im Innern des Auges, die später nach außen durchbrechen. Von inneren Organen werden die Leber, die Milz und die Geschlechtsdrüsen befallen; ob die Lungen, der Darm und die Nieren in spezifischer Weise erkranken, ist noch sehr zweifelhaft; Lugentuberkulose und Nierenamyloid sind nicht selten die Begleiterscheinungen der Lepra. Da der Kehlkopf häufig affiziert ist, so sind viele Lepröse heiser; auch kommt es zu Stenosen, die eine Tracheotomie nötig machen.

b) Die zweite, die maculo-anästhetische Form, ist charakterisiert durch fleckige Infiltrate der Haut und durch Anästhesien. Die Infiltrate prominieren wenig über das Niveau der Haut; sie sind meistens hellrosa, oft aber auch hellgelblich oder bräunlich gefärbt, finden sich im Gesicht, am Halse, an den Extremitäten, auf der Brust und dem Rücken; sie sind pfennigstück- bis handtellergroß. Da, wo mehrere solche Infiltrate zusammenstoßen, entstehes guirlandenartige Figuren, die große Teile des Körpers einnehmen können. Bald zeigt sich, was für das Infiltrat der Nervenlepra charakteristisch ist, in dessen Zentrum eine Atrophie; die zentralen Teile sinken etwas ein und

werden blaß, während der leicht wallartig erhobene Rand einen mattrosa Farbenton zeigt. Charakteristisch ist die Anästhesie; im Zentrum zeigt sich das Gefühl für alle drei Qualitäten (Schmerzempfindung, einfache Berührung, Temperaturempfindung) herabgesetzt oder aufgehoben. In einzelnen Fällen sehen diese Infiltrate dunkelblaurot aus, werden größer und lassen kaum ein atrophisches Zentrum erkennen. Auch kommt bei der anästhetischen Lepra die sogen. Pigmentverschiebung der Haut vor: Schwund des Pigments an einer, Anhäufung desselben an benachbarten Stellen; es kommen dann neben pigmentlosen weißen Stellen solche von brauner Farbe vor. Gefühlsstörungen finden sich bei der Nervenlepra nicht nur in den Infiltraten, sondern auch in großen Hauptpartien ganzer Extremitäten, häufig im Bereich eines Nerven, z. B. Ulnaris, Peroneus. Infolge der Gefühlsstörungen kommt es zu Verletzungen, besonders Verbrennungen, z. B. der Hände bei unvorsichtiger Annäherung an zu heiße Oefen oder Verbrühungen der Füße durch zu heiße Fußbäder. Hervorzuheben sind ferner die trophischen Störungen der kleinen Handmuskeln. Infolge Atrophie der Musc. interossei und der beiden Ballen bekommen die Hände ein sehr eigentümliches Aussehen, namentlich wenn noch die durch die Ulnarislähmung bedingte Kontraktur der beiden letzten Gelenke des IV. und V. Fingers in Beugestellung hinzukommt. An den Endphalangen der Finger und Zehen führt die Atrophie bisweilen zu völligem Schwunde derselben. Zu ähnlichen Veränderungen kann es aber auch kommen durch Verletzungen, die zu Panaritien und Sehnenscheidenentzündungen führen. Alle diese Veränderungen können zu erheblichen Entstellungen der Hände und Füße führen, sodaß in manchen Fällen statt der Finger und Zehen nur Stümpfe vorhanden sind. Ferner kommen als trophische Störungen pemphigusähnliche Blasen und tiefe, an mal perforant de pied erinnernde Erscheinungen an der Fußsohle vor. Facialislähmung tritt häufig auch doppelseitig auf; hierdurch entsteht der starre, maskenartige Ausdruck und die Lähmung des Schließmuskels der Augen. Infolge ständigen Offenbleibens der Augen entstehen Hornhautgeschwüre.

c) Die dritte Form wird Lepra mixta oder tuberoanaesthetica genannt. Es gibt Fälle, in denen sowohl die Erscheinungen der tuberösen (meistens milder als bei der reinen tuberösen Lepra), als auch die der anästhetischen Lepra von vornherein nebeneinander vorkommen. Nicht zu verwechseln sind solche Fälle mit denen der Lepra tuberosa, die im späteren Verlaufe einen Uebergang in die Nervenlepra zeigen, während die Erscheinungen der tuberösen Lepra allmählich abklingen oder mit Fällen von anästhetischer Lepra, bei der im weiteren Verlauf Knoten auftreten.

Die Lepra zeigt einen exquisit chronischen Verlauf. Es gibt Fälle von anästhetischer Lepra, die länger als 30 Jahre seit ihrer Entstehung gedauert haben. Man rechnet durchschnittlich für die anästhetische Form eine Dauer von 15, für die tuberöse von 10 Jahren. Nach Angabe verschiedener Autoren soll die Lepra mit einem Initialaffekt beginnen, dem nach mehreren Jahren die eigentlichen Krankheitssymptome folgen. Wie bei jeder ansteckenden Krankheit gibt es auch bei der Lepra leichte und schwere Fälle; die leichten dokumentieren sich von vornherein durch Auftreten leichter Veränderungen, denen schwere Erscheinungen nicht nachfolgen. Nicht ganz selten kommt es sogar zu einem Stillstand oder zum Zurücktreten der Krankheitserscheinungen mit Verschwinden der Bazillen, so daß die Kranken als geheilt gelten können. Auch bei den schweren Fällen der tuberösen Lepra kann es zum Stillstand oder Zurücktreten der Symptome kommen. An der Stelle der verschwundenen Knoten bleiben eigentümliche, bleigrau pigmentierte Vertiefungen oder strahlige Narben zurück. Im klinischen Sinne für geheilt können jedoch solche Kranke nicht gelten, da sich gewöhnlich jetzt die Zeichen der anästhetischen Lepra einstellen. Eigentümlich im Verlauf der tuberösen Lepra sind die akuten Schübe: Unter Fiebererscheinungen treten phötzlich neue Knoten oder zahlreiche leicht erhabene, dunkelrosa gefärbte, oft schmerzhafte Flecke auf, während alte Knoten zur Einschmelzung kommen. Derartige akute Schübe können sich im aktiven Stadium der Lepra häufig wiederholen und die Kranken sehr herunterbringen; auch flache Geschwüre auf den Knoten sind beobachtet. Nicht alle Leprösen sterben an den Folgen der Lepra, ein Teil erliegt interkurrenten Krankheiten, als Lungentuberkulose, Schrumpfniere, Erysipel, chronischen Darmkatarrhen. Da wo die Lepra allein als Todesursache wirkt, tritt der Tod gewöhnlich durch allgemeine Entkräftung ein.

Die Diagnose der Lepra ist leicht in ausgesprochenen Fällen. Die Infiltrate, die Knoten und der Schwund der Augenbrauen werden bei der tuberösen Form, die eigentümlichen Infiltrate mit blassem, anästhetischem Zentrum, die regionären Anästhesien, die Verstümmelung der Glieder, die Muskelatrophien und Facialislähmungen werden bei der anästhetischen Form keinen Zweifel an der Diagnose lassen. Schwieriger zu beurteilen dagegen sind die Fälle mit spärlichen, wenig ausgesprochenen Erscheinungen. In solchen muß zunächst der Nachweis der Bazillen entscheiden. Mißlingt dieser und läßt sich auch nach sorgfältigster wiederholter Untersuchung und nach Bewertung der klinischen Erscheinungen ein abschließendes Urteil nicht gewinnen, so bleibt nichts anderes übrig, als ein non liquet auszusprechen. Vom sanitätspolizeilichen Standpunkt dürfte diese Ungewißheit kaum als erheblicher Uebelstand zu betrachten sein, da nach unseren heutigen Anschauungen solche Fälle für die Weiterverbreitung der Krankheit kaum in Betracht kommen, abgesehen davon, daß sie auch selten sind. Schwierigkeiten gegenüber einer Reihe von Fällen der anästhetischen Lepra macht ihre Unterscheidung von der Syringomyelie. Interessant ist übrigens, daß der bedeutende Leprologe Zambaco Pascha die Syringomyelie in jedem Falle für eine besondere Erscheinungsform der anästhetischen Lepra erklärt.

Für die Behandlung der Lepra kommen augenblicklich nur 2 Mittel in Betracht: das Chaulmoogra-Oel und das Nastin. Ersteres gewonnen aus der in Indien und Ostasien wachsenden Pflanze Gynacardia odorata ist in jenen Gegenden als Specificum gegen die Lepra schon lange in Gebrauch; es wird auch in Memel seit einer Reihe von Jahren angewandt. Wenn Referent auch bis jetzt keine einwandsfreien Heilungen danach gesehen hat, so hat er doch den Eindruck, daß es wenigstens zum Stillstand der Krankheit in einzelnen Fällen führt. In letzter Zeit wird das Mittel in gereinigter Form als Antileprol in Gelatinekapseln (0,5—12 Kapseln täglich) gegeben; es wird in dieser Form besser vertragen und belästigt den Magen nicht. Nastin ist von Dayka Pascha hergestellt und ein eigentümlicher Fettkörper, der aus Reinkulturen einer in den Knoten der tuberösen Lepra von ihm entdeckten Streptotrix-Art gewonnen wird; es wird subkutan injiziert. Der Erfolg nach Anwendung von Nastin wird verschieden angegeben. In Memel wurde es wiederholt, und zwar bis zu einem Zeitraum von 3/4 Jahren angewandt, ohne irgendeinen Erfolg. Außer diesen spezifischen Mitteln muß natürlich ausgiebiger Gebrauch von allen möglichen Mitteln gegen die verschiedenen Symptome der Krankheit gemacht werden; besonders ist auf beste Pflege und gute Ernährung Gewicht zu legen.

Nach diesem Vortrage wurden die Insassen des Heims vorgestellt und vom Vortragenden die einzelnen Erscheinungsformen demonstriert. Im Lepraheim befinden sich z. Z. 6 Männer und 12 Frauen; von diesen 18 leiden 12 an knotiger, 4 an anästhetischer und 2 an der gemischten Form. Außerhalb der Anstalt befinden sich im Kreise Memel 3 Männer und 2 Frauen als gebessert bezw. vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus als geheilt. Sie unterstehen einer ständigen Kontrolle durch den Kreisarzt. Von diesen 5 litten 3 an tuberöser, 2 an der anästhetischen Form. Von den 18 Insassen stammen 16 aus dem Kreise Memel, 1 aus Bayern (infiziert in Brasilien) und 1 aus Esthland.

Zum Schlusse wurde ein Rundgang durch sämtliche Räume des Heims gemacht und dabei nicht nur deren Zweckmäßigkeit konstatiert, sondern auch die Behaglichkeit der einzelnen Wohnräume und ihrer Einrichtung bewundert. Nicht unerwähnt soll die aufopfernde und liebevolle Tätigkeit der beiden seit Jahren dort wirkenden Schwestern bleiben; der gute Ernährungszustand, in dem sich die Mehrzahl der Kranken befindet und die Zufriedenheit, mit der sie sich in ihre Lage schicken, liefern den besten Beweis dafür.

Vor dem Verlassen der Anstalt sprach Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Solbrig den Dank der Teilnehmer für die Erlaubnis zum Besuch des Heims sowie für die interessanten Vorträge aus.

II. **Besichtigung der Quarantäneanstalt.** Dieselbe liegt auf der Nehrungsseite isoliert und enthält Räume zur Unterbringung von seucheverdächtigen oder an einer Seuche erkrankten Personen, die zu Schiff ankommen. Da die Anstalt, die bisher nur einmal zur Aufnahme von Cholerakranken aus der Umgegend von Memel benutzt wurde, leer steht, wird seit Jahren während des Sommers einer Anzahl von erholungsbedürftigen Lehrerinnen gestattet, die

Räume zum Wohnen zu benutzen. Die einzelnen Räume und ihre Einrichtungen wurden eingehend besichtigt.

Am 5. September vormittags 9 Uhr eröffnete dann im Sitzungssaale des Kreishauses Herr Reg.- u. Med.-Rat Dr. Solbrig, den Vorsitz übernehmend, die Sitzung und teilte mit, daß der Herr Regierungspräsident sein Bedauern aussprechen ließe, an der Sitzung nicht teilnehmen zu können. Er begrüßte sodann den auch zu dieser Sitzung erschienenen Landrat Geh. Reg.-Rat Cranz und besprach einzelne seit der letzten Versammlung erlassene Verfügungen. Zugleich erfolgte die Aufferderung, der Jubiläumsstiftung für Medizinalbeamte beizutreten, soweit dies noch nicht geschehen sei.

III. **Kreisarzt und Fürsorgestellen.** a. Referent Med.-Rat Dr. Richter, Stadtkreisarzt in Königsberg i. Pr.:

Zu den vornehmsten Aufgaben der kreisärztlichen Tätigkeit gehörte bisher die Bekämpfung der Seuchen, die Sorge für Wasser, Wohnungen, Beseitigung der Abfallstoffe sowie die Aufsicht über das Heilpersonal. Die Fürsorgetätigkeit ist bisher nur als eine fakultative Aufgabe betrachtet worden; in den letzten Jahren hat sich jedoch das Bild zugunsten der Fürsorge verschoben. Lange Zeit hat es an den genügenden Mitteln gefehlt; nachdem nun mehr Wohlstand unter die Bevölkerung gekommen ist, wird auch im Osten mehr auf dem Gebiet der Fürsorge gearbeitet. In unserem Bezirk haben wir die Fortschritte zum großen Teil der Initiative des Herrn Regierungspräsidenten zu verdanken, auf dessen Anregung viele Fürsorgestellen gegründet wurden. Sehr zweckmäßig ist auch die Begründung einer zentralen Auskunftstelle für Gesundheitsfürsorge in der Provinz Ostpreußen, deren Vorsitzender der Herr Regierungspräsident ist.

Welche Zweige der Fürsorgetätigkeit sind durch Dienstanweisung vorgeschrieben? a) Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs, b) Sorge für die Geschlechtskranken, c) Säuglingsfürsorge und Mutterschutz, d) Krüppelfürsorge, e) Fürsorge für Geisteskranke. Es fehlt hierbei noch die wichtigste, nämlich die Bekämpfung der Tuberkulose, und vielleicht auch späterhin, wenn man den Erreger erst kennen wird, die Bekämpfung des Krebses.

Die Tuberkulose ist heute noch in dem Sinne die furchtbarste Krankheit der Kulturmenschheit, als sie bei weitem die meisten Opfer fordert. Im Jahre 1910 sind in Preußen an Tuberkulose gestorben 60479 (15,29 auf 10000 Lebende). Von 100 Todesfällen entfielen 9,48 % auf Tuberkulose, man kann also sagen, daß jeder zehnte Mensch an Tuberkulose stirbt. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose betrug 25536 mehr als an allen Infektionskrankheiten zusammen. Folgende Fragen hat sich der Kreisarzt vorzulegen:

Welche Veranstaltungen sind zu treffen, woher sind die Mittel zu nehmen und wer ist interessiert, wo sind die Veranstaltungen zu treffen und wie sind sie zu organisieren? Daß in erster Reihe Auskunfts- und Fürsorgestellen einzurichten sind, ist ja allgemein bekannt. Vor allem sind die Kommunen zu interessieren, denen ja die meisten Kosten für Unterstützung tuberkulöser Arbeitsunfähiger erwachsen. Für die Krankenkassen, die Landes-Versicherungsanstalt, das Zentralkomitee, die Vaterländischen Frauenvereine und Private. Die Fürsorgestellen sollen zunächst in den Kreisstädten und dann auch an besonders gefährdeten Orten eingerichtet werden. In welcher Weise solche Fürsorgestellen zu errichten sind, wird von dem Herrn Korreferenten berichtet werden.

Was die Säuglingsfürsorge betrifft, so kommt Referent zuvörderst auf die große Säuglingssterblichkeit zu sprechen, nachdem er den Rückgang der Geburten erwähnt hat. Da nicht anzunehmen ist, daß die Anzahl der Geburten sich so bald wieder heben wird — die Teuerung der Lebensmittel usw. dürfte wohl hierauf den größen Einfluß haben — so ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Kinder, die jetzt geboren werden, auch erhalten werden. Der Umstand, daß 40000 Kinder alljährlich in Deutschland im ersten Lebensjahre sterben, gibt allein den Grund ab, dem Gegenstande genügende Aufmerksamkeit zuzuwenden. In Betracht kommen die Anstellung von Ziehkinderärzten, die bestimmte Sprechstunden abzuhalten haben, von Pflegerinnen und Aufsichtsdamen, die Einrichtung von Auskunfts- und Behandlungsstellen, eventuell Krippen, von Stillstuben in Fabriken und Verteilung von Stillprämien. Der Staat hat das gröste Interesse an der Erhaltung der Säuglinge. Durch

Schaffung des musterhaften Kaiserin Auguste-Viktoria-Krankenhauses, das zugleich als Forschungsinstitut gilt, ist der Anfang einer wirksamen Bekämpfung gemacht worden. Während die Einrichtungen in den meisten großen Städten schon getroffen worden sind, fehlt es an solchen im allgemeinen noch auf dem Lande. Die Tätigkeit der Hebamme als Vertrauensperson der Frauen auf dem Lande ist hierbei nicht unwichtig. Bei dem jetzigen Hebammenmaterial wird man aber eine große Wirksamkeit nicht erwarten dürfen. Es ist daher anzuraten, den Bildungsgang der Hebammen dahin zu ergänzen, daß sie einen dreimonatlichen Kursus in der Säuglingspflege durchzumachen haben, insbesondere das Stillen und die Bekleidung der Kinder betreffend.

Die Wichtigkeit der Krüppelfürsorge erhellt aus der Tatsache, daß im Jahre 1906 in Deutschland (ohne Bayern und Baden) 75183 Krüppel gezählt wurden. Es ist vor allem wichtig, die Krüppel im schulpflichtigen Alter der Fürsorge zu unterstellen; es müssen daher methodische Schüleruntersuchungen stattfinden und für die Statistik ein einheitliches Formular aufgestellt werden. Hierbei sollten auch die Kinder mit herabgesetztem Hörvermögen berücksichtigt werden. Diese Fürsorge interessiert in erster Reihe die Gemeinden. Zum Schluß wird auf die Errichtung der Krüppelheil- und Pflegeanstalt von Prof. Hoeftman-Königsberg, die zugleich Lehranstalt sein soll, hingewiesen.

Die Sorge für die Geschlechtskranken ist dem Kreisarzt durch § 90 Abs. 2 der Dienstanweisung zur Pflicht gemacht. In großen Städten ist eher eine Zu- als Abnahme der Geschlechtskrankheiten zu konstatieren. Zu erstreben ist eine regelmäßige Gonorrhoe-Kontrolle der Prostituierten; es werden hierdurch 13—15 % Kranke gefunden, während es sonst nur 4—5 % sind; ferner sind Polikliniken mit absoluter Diskretion, besonders in größeren Städten und Hafenplätzen einzurichten. Die Behandlung soll durch Spezialärzte erfolgen, die dafür von den Gemeinden honoriert werden.

Die Ueberwachung der Geisteskranken ist durch § 104/105 der Dienstanweisung geregelt. Es sind nur solche zu revidieren, die von Privaten bei Fremden untergebracht sind. — Bei der Fürsorge für Alkoholkranke handelt es sich um Aufklärungstätigkeit; insbesondere werden auch die Lehrer zu interessieren sein.

Zum Schluß hält Referent eine Zentralisation sämtlicher Fürsorgebestrebungen für sehr wichtig, damit die Mittel und Kräfte nicht verzettelt werden. Seine Forderungen faßt er in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Der wichtigste Teil der Fürsorgetätigkeit der Kreisärzte, der schon jetzt überall, auch in ländlichen Kreisen, mit Erfolg in Angriff genommen werden kann, ist die Fürsorge für die Tuberkulösen.

2. An zweiter Stelle steht die für die Säuglinge. Sie verspricht am meisten Erfolg unter ausgedehnter Beteiligung der Hebammen, für deren bessere allgemeine Bildung und bessere besondere Ausbildung in der Säuglingshygiene zu sorgen ist.

3. Die Krüppelfürsorge ist der schwierigste Teil. Ein Aufsuchen der Krüppeligen im noch nicht schulpflichtigem Alter ist mit fast unüberwindlichen Schwierigkeiten verknüpft. Dagegen muß bei den kreisärtlichen Schulbesichtigungen eine Aufnahme der Krüppelkinder nach einheitlichen Rubriken (Diözesen) erfolgen. Hierbei kann sich der Kreisarzt sehr gut der Hilfe der Schulleiter und Lehrer, sowie etwa vorhandener Schulärzte bedienen.

b. Der Korreferent, Kreisarzt Dr. Boerschmann-Bartenstein, gibt eine spezielle Darstellung über **Einrichtung und Organisation der Fürsorgestellen** an der Hand der Erfahrungen, die er bei Einrichtung der Fürsorgestelle in Bartenstein gemacht hat. Er legt eine Reihe diesbezüglicher Formulare vor und schildert die Grundsätze und Richtungslinien der Fürsorgestelle. Seine Ausführungen hat er in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt:

1. Der Kreisarzt hat die Errichtung von Fürsorgestellen nicht nur anzuregen, sondern er hat sich auch an ihrer Organisation in hervorragendem Grade zu betätigen, da er durch sein Amt dazu besonders berufen ist.

2. Die einleitenden Schritte müssen vorsichtig unternommen werden. Wenn der Kreisarzt nicht selbst als Vorsitzender eines besonderen Vereins im Kreise, z. B. zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Gründung einer Fürsorgestelle herbeiführt und damit gleichzeitig Vorsitzender dieser Fürsorgestelle wird, so muß er zum mindesten darauf bedacht sein, als technischer Leiter der

Fürsorgestelle zu fungieren, auch ist es zweckmäßig, daß er sich zum Geschäftsführer der Korporation oder des Organs wählen läßt, daß der Träger der Fürsorgestelle ist.

3. Es empfiehlt sich bei der Gründung jeder Fürsorgestelle ihre Zusammensetzung und die allgemeinen Richtlinien ihres Wirkens ein für alle Mal festzulegen, ebenso eine Geschäftsordnung aufzusetzen, welche die Geschäftsverteilung und den Geschäftsbetrieb im allgemeinen regelt.

4. In den Großstädten sind die Bedingungen, unter denen Fürsorge ausgeübt wird, und auch z. Teil die Ziele, die zu erreichen sind, andere wie in ländlichen Kreisen. Ueberall ist aber eine Zentralisation notwendig, in ländlichen Kreisen am besten in der Kreisstadt. Es sind demnach zu errichten ein Haupt- und mehrere Nebenstellen.

5. Für den Betrieb der Fürsorgestellen empfiehlt es sich, die Organe und Einrichtungen zu benutzen, die bereits in Funktion getreten sind auf Veranlassung und Mitwirkung von Körperschaften oder charitativen Vereinen, z. B. die Kreisdesinfektoren und die Gemeindeschwestern; auch könnten die Damen der Frauenvereine in angemessener Weise Verwendung finden.

6. Notwendig ist eine genaue Abgrenzung der Tätigkeit der Fürsorgestellen. Hervorragende Bedeutung für die Erfolge der Fürsorgestellen hat eine zweckmäßige, systematisch durchgeführte Ermittlung der Personen und Familien, die fürsorgebedürftig sind. Dieses trifft besonders zu für die Tuberkulosestellen. Die eigentliche Fürsorge geschieht auf Grund eingehender Informationen.

7. Bei der Abgrenzung der Arbeit der Fürsorgestellen gilt es zunächst, dem Endzweck des ganzen Unternehmens gerecht zu werden; so ist das Ziel der Tuberkulosefürsorgestellen die Verhütung der Weiterverbreitung der Schwindsucht. Ferner ist als Grundsatz aufzustellen: die Fürsorgestellen müssen so organisiert sein, daß ihre Einzelleistungen entsprechend dem Etat zweckmäßig und möglichst an richtiger Stelle in Anwendung gelangen.

8. Die eigentliche Fürsorge wird am besten lediglich ausgeführt von den technischen Leitern der Fürsorgestellen zusammen mit ihren anderen Organen, wie Fürsorge-Gemeindeschwestern, fürsorgende Damen der Frauenvereine usw. Die Mitarbeit der Aerzte, die sich z. T. auf die Ermittelung der in Fürsorge zu nehmenden Personen und z. T. auch auf Behandlung erstreckt, dürfte zu honorieren sein. Eine zweckmäßige Organisation wird pekuniäre Schwierigkeiten in dieser Beziehung leicht überwinden.

9. Der Betrieb der Fürsorgestellen muß so organisiert sein, daß nicht zu große Anforderungen an die Mühewaltung der im Dienste der Nächstenliebe unentgeltlich tätigen Personen gestellt werden. Zu diesem Zweck ist der reichliche Gebrauch von Formularen recht nützlich.

10. Für jede Fürsorgestelle ist ein Lokal notwendig, in dem zu betimmten Stunden, es braucht nicht täglich zu sein, die in Fürsorge stehenden Personen und Familien beraten werden. Empfohlen werden die Einrichtungen der Fürsorgestelle in Bartenstein.

11. Möglichst gute Listenführung und genaue Bearbeitung des vorliegenden Materials wird sowohl im Interesse der Ziele der Fürsorgestellen für die betreffenden Bezirke als auch im Hinblick auf die von den Zentralorganisationen der allgemeinen Wohlfahrtspflege erwarteten Erfolge für notwendig erachtet.

12. Die Hoffnungen, die sich an eine zweckmäßige, bis ins Kleinste durchgeführte Organisation und eine systematische Arbeit der Fürsorgestellen knüpfen, sind berechtigt.

In der Diskussion hebt Reg.-Med.-Rat Dr. Solbrig hervor, daß in bezug auf den Sterblichkeitsdurchschnitt an Tuberkulose Ostpreußen günstiger dasteht als das Reich (11 gegenüber 15 : 10000); dagegen ist die Säuglingssterblichkeit erheblich höher als in der Monarchie (189 gegenüber 157 : 1000 Lebendgeborenen). Nur 3 Provinzen haben noch größere Sterblichkeit, nämlich Westpreußen, Pommern, Schlesien. Dabei muß betont werden, daß das Selbststillen nicht gerade selten geschieht; Unvernunft in bezug auf Behandlung und eingewurzelte Gebräuche bringen oft Erkrankungen und Todesfälle der Säuglinge hervor. Die Bekämpfung des Alkoholismus ist gerade in Ostpreußen nötig.

Kreisarzt Dr. Meyer-Königberg macht noch ergänzende Angaben, die für die Säuglingsfürsorge wichtig sind. Er fordert die vermehrte Einführung

der Berufsvormundschaft und die Ausdehnung der Aufsicht auch auf eheliche Haltekinder. Die Haltekinder bilden einen großen Prozentsatz der für die Säuglingsfürsorge in Betracht kommenden Kinder, in Berlin 1/4 der Geburten, in Königsberg 5000.

IV. Regelung des Desinfektionswesens. Referent: Reg. u. Med.-Rat Dr. Solbrig.

In allen Kreisen sind jetzt amtliche geprüfte Desinfektoren angestellt. Die Art und Weise wie jedoch die Desinfektoren requiriert und bezahlt werden, ist so verschieden, daß eine einheitliche Regelung des Desinfektionswesens angezeigt erscheint. Eine größere Anzahl von Kreisen hat die Kosten zum Teil übernommen; diese Uebernahme ist überall anzustreben, da sonst das Verfahren unpopulär ist. Referent legt eine von ihm früher ausgearbeitete und im Reg.-Bez. Allenstein eingeführte Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion, zugleich Desinfektionsordnung vor. Es ist nötig, daß diese Anweisung sich in den Händen jedes Desinfektors, der Amtsvorsteher und Gemeindeschwestern befindet.

In der sich anschließenden Diskussion wird allseitig anerkannt, daß eine einheitliche Regelung sehr erwünscht ist und daß es angezeigt erscheint, für den hiesigen Bezirk eine die Frage regelnde Polizeiverordnung zu erlassen. Auch wird in Erwägung gezogen, ob es nicht möglich sein sollte, den Desinfektoren ein Jahreseinkommen zu garantieren. Die Angelegenheit soll von den Kreisärzten mit den Landräten besprochen werden, so daß auf eine einheitliche Regelung zu rechnen ist.

An die Besichtigungen am ersten Tage schloß sich ein gemeinsames Abendessen an. Dr. Israel-Fischhausen.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Stade am 5. Oktober 1912, vormittags 10 1/4 Uhr im Plenarsitzungssaal der Königlichen Regierung.

An der Versammlung, die Herr Regierungspräsident Grashoff leitete, nahmen teil: Die Herren Ober-Reg.-Rat Dr. Domrich, Ober-Reg.-Rat Rohde, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Ritter, Reg.- u. Baurat Steinicke, Departementstierarzt Veterinärrat Schmidt, Physikus Dr. Sieveking und Dr. Ströder als Vertreter des Hamburger Medizinalamtes, die Landräte Dr. Dumrath-Stade, Wegner-Freiburg und v. Mettenheimer-Rotenburg sowie bis auf zwei verhinderte Kreisärzte sämtliche Kreisärzte und Kreisassistenzärzte des Regierungsbezirkes.

Nach einer kurzen Begrüßung der Versammlung, insbesondere der Vertreter Hamburgs, durch den Herrn Regierungspräsidenten wird in die Tagesordnung eingetreten.

I. Der Rückgang der Geburtenziffern im Regierungsbezirk Stade. Referent: Kreisassistenzarzt Dr. Wilhelm Hallwachs-Zeven. (Selbstbericht.)

An vergleichenden Kurven des Verlaufs der Geburtenziffer seit dem Jahre 1885 kann gezeigt werden, daß die Ziffern des Regierungsbezirks Stade zwar im ganzen niedrig sind, Mitte der 80. Jahre erheblich niedriger als in der Gesamtmonarchie (etwa ein Verhältnis von 7 : 8), daß sie aber zunächst nicht sinken, im Gegenteil bis zum Jahre 1901 etwas steigen. Erst seit 1901 sinken sie ziemlich gleichmäßig, bis 1911 um zirka 15%, also nicht so stark wie in der Gesamtmonarchie. Im Jahre 1911 steht schließlich die Geburtenziffer des Regierungsbezirks sogar eine Kleinigkeit höher wie die des Staates.

Sollte man demnach annehmen, daß der Geburtenrückgang im Regierungsbezirk Stade kein sehr besorgniserregender sei, so wird man eines anderen belehrt bei gesonderter Betrachtung der einzelnen Kreise. Da zeigt sich dann zunächst ein charakteristisches Verhalten der Geestbezirke. Die Geest, ein wenig fruchtbares Land mit noch ausgedehnten Oedländereien, Moor und Heide, dünn bevölkert (jedoch in den letzten Jahren relativ viele neue Anbauer- und Neubauerstellen), wird von einer bisher ziemlich bedürfnislosen, einfachen, hartarbeitenden Bevölkerung bewohnt, die, vielleicht schon seit Jahrtausenden hier ansässig, an alten Sitten und alter Ueberlieferung treu festhält. Die Geburtenziffernkurve dieser Geestbezirke ist im allgemeinen

nicht fallend, sie hält sich vielmehr auf einer mehr oder weniger gleichmäßigen, an und für sich nicht beträchtlichen Höhe.

Der Geest scharf gegenüber stehen die Marschbezirke an Elbe und Weser. In diesen reichen und fruchtbaren Bezirken, die ihren Höfen einen müheloseren Erwerb gewähren, waren die Geburtenziffern Mitte der 80er Jahre teilweise noch relativ hoch, höher als in der Geest. Seitdem aber ist ein stetiges, zum Teil starkes Abfallen der Ziffernkurve zu beobachten, die, zumal in dem Marschkreise Kehdingen, einen geradezu erschreckenden Tiefstand erreicht hat (25,7 im Jahre 1911 gegen 39,3 im Jahre 1885).

Einen dritten Typus zeigen die Kurven des Geburtenziffernverlaufs der Industrieorte Geestemünde und Lehe, sowie des vorzugsweise industriellen Kreises Blumenthal, charakterisiert durch stark schwankenden, aber anfangs außergewöhnlich hohen Verlauf (Ziffern von 40—47). Seit Beginn des neuen Jahrhunderts, zumal seit 1904, zeigt sich aber ganz rapider Abfall; immerhin bleibt die Geburtenziffer selbst an der tiefsten Stelle 1911 noch höher stehend als die der Geestbezirke.

Den letzten Typ repräsentieren einige kleine alte Städtchen, alte Kulturzentren mit wenig kräftiger Entwickelung, Stade, Verden, Buxtehude. Ihre Geburtenziffernkurve zeigt von Anfang an einen recht niedrigen Verlauf und senkt sich langsam und gleichmäßig auf ein ganz niedriges Niveau (18,5, 23,3 und 22,5 ‰).

Weitere interessante Aufschlüsse ergab das Studium der einzelnen Standesämter, das in 7 Kreisen durchgeführt wurde.

Es zeigte sich hier das Kurvenbild des Gesamtkreises oft noch bedeutend verschärft, so namentlich im Kreise Kehdingen, dessen sämtliche Gemeinden einen ganz außerordentlich prägnanten Abfall der Geburtenziffern in den letzten Jahren aufweisen. Es zeigte sich aber weiterhin, daß auch in ländlichen Kreisen, deren Gesamtkurve wenig Verdächtiges bietet, doch einzelne Standesämter ein ganz erschreckendes Defizit aufweisen, das in der Gesamtkurve des Kreises durch hohe Geburtenziffern anderer Standesämter verdeckt wird. Aber auch umgekehrt zeigten sich in Kreisen mit niedergehender Tendenz wieder Oasen mit steigenden Ziffern. Schließlich ist zu bemerken, daß auch in den kleinsten Industrieorten, analog den großen Industriezentren, zumeist eine zwar schwankende, aber relativ hoch verlaufende Kurve angetroffen wird.

Neben den Geburtenziffern wurden auch die Eheschließungsziffern studiert mit dem Resultat, daß dem Sinken der ersteren ein Sinken der letzteren zumeist durchaus nicht parallel geht. Im Gegenteil: recht häufig nahm die Zahl der Eheschließungen nicht unbeträchtlich zu bei gleichzeitiger rapider Verminderung der Geburten.

Auch die Abwanderung der zeugungsfähigen Altersklassen der Bevölkerung wurde näher beleuchtet; sie kommt jedoch ursächlich für den Geburtenrückgang nicht in Betracht; denn der Prozentsatz des zeugungsfähigen Anteils der Gesamtbevölkerung hat im allgemeinen eher zugenommen.

Zwecks Ermittelung der mutmaßlichen Ursachen des Geburtenrückgangs wurden an 110 praktische Aerzte des Regierungsbezirks Fragebogen versendet, die zu 90% beantwortet wurden, zum teil sehr eingehend, besonders von lange ansässigen älteren Aerzten. Das Ergebnis der Rundfrage läßt sich dahin zusammenfassen:

Eine Zunahme von Volkskrankheiten, die einen degenerativen Einfluß haben könnten (Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Alkoholismus, Puerperalerkrankungen), kann nicht erwiesen werden. Auch die Volksernährung ist nicht zurückgegangen. Degenerative Symptome (Abnahme der Stillfähigkeit, Zunahme von nervösen — von Herz- und Gefäßkrankheiten) können zwar in geringem Grade nicht ganz in Abrede gestellt werden, sind jedoch sicher zu geringfügig, um zur Erklärung des Geburtenrückgangs herangezogen werden zu können. Erwähnt muß nur werden, daß eine beträchtliche Zunahme der Zahnverderbnis fast allgemein behauptet wird.

Als außerordentlich wichtig ist aber die von ca. 60% der Befragten angegebene Zunahme der an und für sich schon häufigen Fehlgeburten in den letzten Jahren. Diese Zunahme ist namentlich an einzelnen Orten mit starken Geburtenrückgang sehr auffallend in Erscheinung getreten. Die

bei weitem größere Anzahl der antwortenden Aerzte bejahte weiterhin die Frage nach häufigem Verdacht auf kriminellen Abort. Dieser Verdacht wurde in einer ganzen Reihe von Fällen teils durch Geständnis der Frauen, teils durch Nachweis von Verletzungen bestätigt. Allgemein wird angenommen, daß krimineller Abort wohl mit eine wesentliche Ursache des Geburtenrückgangs darstellt. Noch weit häufiger aber, in geradezu erschreckendem Maße auch in weiteren Kreisen der ländlichen Bevölkerung, wird die Behinderung der Empfängnis durch künstliche Mittel geübt, und zwar sind bei den jungen Leuten, oft auch der entlegensten Geestdörfen alle Methoden dieser Behinderung wohl bekannt. Die empfängnisverhütenden Mittel werden von einer entwickelten Industrie durch ein Heer von Agenten, Hausierern und Hausiererinnen in teils raffinierter, teils unverfrorener Weise dem Publikum planmäßig aufgedrängt und außerdem durch Annoncen, namentlich in großstädtischer Zeitungen, Wochenschriften, ja Fachzeitungen (sogar in landwirtschaftlichen und Eisenbahnfachblättern), verhüllt und unverhüllt angepriesen. Auch Broschüren „aufklärenden“ Inhalts werden in die Häuser geschickt. In den großen Städten existieren ferner zahlreiche Pfuscher und Pfuscherinnen, die instrumentell Aborte einleiten, nachdem sie die Frauen durch Annoncen angelockt haben. Konzeptionsbehindernde Mittel werden auch in stehenden Geschäften, zumal Friseurgeschäften, Drogerien, Zigarren-, Bandagen-, Handschuhläden feilgeboten und viel verkauft.

Der Erfolg dieser Industrie ist, wie ersichtlich, nicht ausgeblieben. Der tiefere Grund dieses Erfolges ist der, daß in weiten Kreisen des Volkes der „Wille zum Kinde“ oder wenigstens der Wille zu einer größeren Kinderzahl mehr und mehr abhanden gekommen ist, am wenigsten bei den hart arbeitenden Moor- und Heidebauern, denen Kinder als Arbeitskräfte eher erwünscht sein müssen, viel mehr bei den reichen Marschbauern, nicht sehr ausgesprochen bei den Arbeitern der kleinen Industrieorte, allgemein aber bei mittleren und kleinen Beamten, Gewerbetreibenden, Kaufleuten und bei fast der ganzen Bevölkerung der großen Industrieorte. Der mangelnde Wille zum Kind aber ist, wie bekannt, keine lokale Erscheinung; sie ist nicht nur in ganz Deutschland, sondern auch in fast allen Völkern weißer Rasse zu beobachten, nicht etwa aus einer Degeneration der Rasse zu erklären (dagegen spricht die Fruchtbarkeit der Buren, der kanadischen Franzosen etc.), sondern allein als Folgeerscheinung unserer auch andere Schäden offenbarenden modernen abendländischen Zivilisation aufzufassen. Am ausgesprochensten tritt die Erscheinung in den modernen Großstädten auf, am wenigsten bei den von unserer eigenartigen Zivilisation noch wenig berührten „halbbarbarischen“ Völkern weißer Rasse (Balkanstaaten, Rußland). Auch im Regierungsbezirk Stade spielt die Nähe der Großstadt und der mehr oder weniger lebhaft entwickelte Verkehr mit derselben die ausschlagggebende Rolle.

Welches die schädlichen Faktoren unserer Zivilisation nun eigentlich sind, das läßt sich heute abschließend noch nicht klarlegen; es sind vielmehr für eine definitive Beurteilung noch eingehende Vorstudien erforderlich. Zu Richtungslinien, welche die Forschung zu gehen hat, zu bestimmten Fragestellungen dürften wir aber heute doch schon gelangen.

Es wären da zuvorderst die etwa wirklich vorhandenen materiellen Erschwerungen der Kinderaufzucht eingehend zu studieren. Die Lebensmittelteurung kann dabei als zwingend nicht anerkannt werden; denn in früheren Zeiten hing der Brotkorb gewiß oft höher, ohne daß an eine Beschränkung der Kinderzahl gedacht wurde. Aber die Einbildung einer unerträglichen Teuerung, hervorgerufen durch Gewöhnung an unnötige Bedürfnisse und unterhalten und maßlos vergrößert durch eine die Tiefe der Volksseele aufrührende politische Verhetzung, ist wohl tatsächlich an dem exzessiven Geburtenrückgang der letzten Jahre wesentlich mitschuldig.

Eine wirkliche materielle Erschwerung der Kinderaufzucht liegt in der zunehmenden Wohnungsnot, die in großen Städten für weite Bevölkerungskreise tatsächlich eine äußerst drückende ist, die sich aber auch schon in kleinen Städten, bis herab zu den kleinsten Landstädtchen, infolge der Bodenspekulation fühlbar bemerkbar macht.

Neben den materiellen Nöten spielen Nöte geistiger Art eine Rolle

Ein tiefgreifender politischer und religiöser Pessimismus drückt nicht nur auf die Gebildeten unseres Volkes. Politischer Optimismus müßte das Streben über das eigene Leben hinaus auf Ziele lenken, die nur eine zahlreiche und kräftige Nachkommenschaft verwirklichen kann. Religiöse Geistesverfassung müßte alltägliche Nöte und Schwierigkeiten kleinlich erscheinen lassen und vor allem jeden brutalen Eingriff in das ohne unseren Willen auf geheimnisvolle Weise entstehende kindliche Leben als eine ein Heiligtum schändende Tat empfinden lassen.

Heilmittel gegen das Uebel können nur angedeutet werden.

Referent empfiehlt:

1. Ein Gesetz zwecks Unterbinduug des Handels mit abortiven und empfängnisverhütenden Mitteln; entehrende Bestrafung dieses Handels, am besten im Rahmen eines groß angelegten Kurpfuschereigesetzes.

2. Innere Kolonisation mit den größten Mitteln, in ausgedehntester und beschleunigter Weise.

3. Erwerb äußerer Siedlungskolonien.

4. Wohnungsgesetze unter Zugrundelegung einer Reform des Bodenrechts.

Die geistige Erneuerung unseres Volkes, die Wiedererlangung einer idealen Lebensauffassung, kann durch staatliche Maßnahmen nicht gefördert werden, sie wird vielmehr nur von der Persönlichkeit des einzelnen ausgehen.

Diskussion:

Nachdem der Vorsitzende dem Referenten gedankt hat, führt Physikus Dr. Sieveking-Hamburg aus, daß auch im Hamburger Staatsgebiet sich besonders in den letzten 10 Jahren eine starke Abnahme in den Geburtenziffern bemerkbar mache. Die großstädtischen Verhältnisse haben jedoch eine derartig eingehende Analyse dieser Verhältnisse, wie sie der Referent gegeben habe, bis heute noch nicht möglich gemacht. Ganz auffällig haben in Hamburg die Todesfälle infolge von Fehlgeburten zugenommen; im Jahre 1907 seien nach der Todesursachenstatistik 41 und im Jahre 1911 85 derartige Fälle vorgekommen. Es würden infolgedessen in Hamburg diesen Verhältnissen ernsteste Aufmerksamkeit geschenkt. So sei es in Hamburg verboten, antikonzeptionelle Mittel in den Zeitungen anzupreisen. Ganz besondere Aufmerksamkeit werde in Hamburg auch der Wohnungsfrage gewidmet; neben einem Baugesetz sei auch ein Wohnungspflegegesetz erlassen. Von größter Wichtigkeit sei aber endlich auch die innere geistige Erneuerung unseres Volkes.

Landrat v. Mettenheimer-Rotenburg fragt, ob aus der statistischen Arbeit des Referenten hervorgeht, daß infolge der anerkannt späten Heiratsmöglichkeit fast aller Beamten diese Tatsache von einem sichtbaren Einfluß auf den Rückgang der Geburtenziffern ist. Nach seinen Erfahrungen sei neben einer allgemein pessimistischen Lebensauffassung weitester Bevölkerungskreise eine wichtige Ursache des ständigen Sinkens der Geburtenziffer in ländlichen Kreisen die noch immer zunehmende Landflucht. Das einzig sichere Mittel, dieser Landflucht wirksam zu begegnen, sei die Errichtung möglichst zahlreicher kleiner Garnisonen auf dem flachen Lande.

Referent bemerkt, daß die späte Heiratsmöglichkeit in Beamtenkreisen sicherlich eine Rolle in bezug auf die Kinderzahl spiele; zur sicheren Beantwortung dieser Frage reichen jedoch die vorhandenen Unterlagen nicht aus. Im allgemeinen ist das durchschnittliche Heiratsalter in der Gesamtmonarchie nicht gestiegen.

Reg.- u Med.-Rat Dr. Ritter-Stade betont, daß der Regierungsbezirk Stade für eine Statistik in der vorliegenden Frage besonders geeignet sei, weil er eine Reihe von Mittelstädten mit alter Kultur, eine Reihe von rasch gewachsenen Gemeinden mit junger Industrie und dann für die rein ländlichen Bezirke die fast gleichmäßige Verteilung von Marsch. Geest und Moor habe. Die Statistik habe dann auch mit fast mathematischer Genauigkeit bewiesen, daß man es bei dem Geburtenrückgang mit einer Kulturerscheinung zu tun habe, die ihren Ausgang genommen habe von der gebildeten Bevölkerung der alten Städte, dann übergesprungen sei auf die übrige städtische Bevölkerung, auf die Industriegegenden und die Marschen, die immer regen Konnex mit den

Städten gehabt hätten. In diesem Stadium befinde sich die Frage jetzt; die vom Verkehr abgeschlossenere Geestbevölkerung sei erst wenig in Mitleidenschaft gezogen; nach allen Erfahrungen, die mit dem Fortschreiten ähnlicher Kulturerscheinungen gemacht seien, müsse man aber auch auf der Geest auf einen stärkeren Geburtenrückgang für die nächsten Jahre gefaßt sein. Nach seiner Auffassung sei der Geburtenrückgang in keiner Weise durch degenerative Momente, sondern in der Hauptsache durch Ursachen bedingt, die in unserem heutigen Kulturzustande liegen. Es sei heute in den meisten Ehen nur noch der Wille zu einem oder zwei Kindern vorhanden, mehr Kinder seien unerwünscht. Die Gründe für diese Erscheinung sei in einer Abkehr von der alten einfachen Lebensweise zu suchen, die überall einem gesteigerten Luxus und einer vermehrten Vergnügungssucht weiche. Infolgedessen müsse auch die Frau in immer zunehmenden Maße sich am Erwerbsleben beteiligen. Hierbei werden Schwangerschaften als äußerst störend empfunden; die Folge sei das Bedürfnis nach konzeptionsverhindernden Mitteln, so daß heute überall auch in den ländlichen Kreisen ein blühendes Gewerbe zum Vertriebe dieser Mittel bestehe. Dieses Gewerbe und das eng mit ihm im Zusammenhang stehende Gewerbe der Abtreibung müsse durch gesetzliche Maßnahmen auf das schärfste bekämpft werden. Die Erörterungen in der Presse über diese Fragen seien geeignet, das Zustandekommen des Kurpfuschereigesetzes günstig zu beeinflussen.

Regierungspräsident Grashoff weist darauf hin, daß der Zusammenhang zwischen der wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung und dem Geburtenrückgange nicht außer acht gelassen werden dürfe. Er glaube nicht daran, daß aus einem allgemeinen Pessimismus heraus in weiten Kreisen unseres Volkes der „Wille zum Kinde“ abhanden gekommen sei. Es handele sich vielmehr darum, daß in vielen Fällen der Wunsch nach einer größeren Kinderzahl zurückgedrängt werde durch die Sorge, bei der allgemeinen Verteuerung des Lebens die Kinder nicht mehr so, wie es wünschenswert erscheine, ernähren und erziehen zu können, ohne die allgemeine Lebenshaltung wesentlich zurückzuschrauben. Es sei anzuerkennen, daß einmal diese Besorgnis grundsätzlich nicht unbegründet erscheine und ferner ein Zurückschrauben der allgemeinen Lebenshaltung einen unerwünschten Kulturrückschritt bedeuten würde. Deshalb sei eine weitere Verbesserung der wirtschaftlichen Lage auch der Mittelstandskreise anzustreben. Wenn in dem Referat auch auf Religionsunterschiede und Rasseneigenarten Bezug genommen und dabei auf die polnische Bevölkerung hingewiesen sei, so könne er aus seiner Tätigkeit in der Ansiedlungskommission mitteilen, daß im allgemeinen die deutschen Ansiedler in Westpreußen und Posen eben so viele Kinder haben, wie die Polen. Das liege aber daran, daß in den kleinbäuerlichen und in den Betrieben auf dem Lande mit kleinen Arbeiterstellen angesessenen Arbeiter die Kinder bald mit Hand anlegen und deshalb die Wirtschaft unterstützen, statt blos Kosten zu verursachen. Deshalb sei auch hier eine weitere Förderung der inneren Kolonisation anzustreben. In diesem Punkte stimme er dem Referenten durchaus zu, während ihm dessen Vorschlag, auf gesetzlichem Wege den Verkauf aller empfängnisverhütenden Mittel zu untersagen, undurchführbar erscheine.

Ober-Reg.-Rat Rohde-Stade hat in seiner Eigenschaft als Dezernent für Gewerbesteuersachen wiederholt Gelegenheit gehabt, festzustellen, daß Hausierer auf dem flachem Lande mit Uterusspritzen und den dazu gehörigen Flüssigkeiten handelten; bei diesen Leuten wurden wiederholt Listen über ihre Käufer beschlagnahmt, die mehrere 20 Kundennamen enthielten. Der Preis für diese Spritzen, deren tatsächlicher Wert 2-3 M. betrug, war auf 20—30 M. festgesetzt. Als letzte Ursache des Geburtenrückganges seien nicht etwa schlechte wirtschaftliche Verhältnisse anzusehen, im Gegenteil, unsere gesamte Wirtschaftslage und unser Kulturzustand sei schon seit vielen Jahren derartig glänzend, wie es nicht besser sein könne. Hierin aber liege auch der letzte Grund des Sinkens der Geburtenziffer schon zu tage. Ein jeder wolle immer noch höher hinaus, so daß ein gewisser Hochstand immer sogleich wieder aufgehoben werde. In einem gewissen Sinne wirke so auch unsere glänzende Volksbildung geradezu nachteilig. Niemand wolle mehr niedere Arbeit tun, jeder wolle sozial von der Stelle kommen. Redner glaubt, daß es Mittel gegen diese Zustände nicht gäbe. Vielleicht sei es möglich, durch aufklärende und

[illegible]ende Vorträge und Literatur wenigstens den Gebrauch von antikonzeptionellen Mitteln einzuschränken und die Zahl der künstlichen Aborte herabzumindern.

Regierungspräsident Grashoff hält ebenfalls diesen letzteren Gesichtspunkt für recht bemerkenswert und glaubt, daß insbesondere auch die Aerzte auf diesem Gebiete nützliche Arbeit leisten können, indem sie auf die gesundheitsschädliche Seite bei der Benutzung derartiger Mittel hinweisen. Ein geeigneter Weg zur Bekämpfung des Handels mit antikonzeptionellen Mitteln auf dem flachen Lande sei das Verbot des Hausierhandels mit derartigen Mitteln.

Kreisarzt Dr. [illegible]mann-Stade hat gelegentlich der Hebammenrevisionen im südlichen Teile des Kreises Jork, der in nächster Nähe Hamburgs liegt, festgestellt, daß von Seiten der Hebammen eine starke Zunahme der Aborte beobachtet worden ist. So will eine Hebamme 30 derartige Fälle in einem Jahre in ihrer Praxis gehabt haben. Diese Zunahme der Aborte wird von den Hebammen auf die verderbliche Tätigkeit Hamburger Hausierer zurückgeführt, die von Haus zu Haus gehend den Landleuten ihre gefährlichen Spritzen verkaufen. Obwohl die Hebammen gemäß ihrer Dienstanweisung zur Anzeige derartiger Fälle verpflichtet sind, erfolgen solche Anzeigen nur in den seltensten Fällen, so daß es schwer und selten möglich ist, die Quellen aufzufinden. Zur Bekämpfung dieses Mißstandes sind die Hebammen immer wieder nachdrücklichst auf ihre Pflicht hinzuweisen.

II. Das Rettungswesen im Regierungsbezirk Stade. Referent: Kreisarzt Dr. Prölß-Bremervörde (Selbstbericht).

Die erste Organisation des Rettungswesens fand im Kriege statt. Ritterorden, die Johanniter und Malteser, beschäftigten sich damit; indessen überwog ihre kriegerische Tätigkeit. Erst seit Gründung des Roten Kreuzes stellte sich eine fortlaufende verbesserte Organisation ein. Nach dem Krieg 1870/71 organisierte v. Esmarch als erster durch die Samaritervereine das deutsche Rettungswesen. Da die Dienstanweisung für Kreisärzte noch Zeiten entstammte, in denen vor allem dem Schutz gegen ansteckende und Volkskrankheiten Aufmerksamkeit zugewendet wurde, so habe sie leider wenig Gewicht auf das Rettungswesen gelegt, nur § 99 und § 100 können darauf bezogen werden. Zu einer Fürsorge für Rettungswesen ist der Kreisarzt danach nicht verpflichtet. Bei Organisation des Rettungswesens ging die Großstadt mit dem Löwenanteil voran. Da die Großfinanz und Großindustrie die Hauptkosten tragen, ist es naheliegend, daß sie diese an ihrem Sitz, die Großstadt verwenden. Das erscheint nicht ganz recht, denn wenn das Land Hunderttausende seiner besten Kräfte an die Großstadt abgibt, so gibt es sie nicht als Säuglinge ab, sondern erzogen. Die Erziehung des einzelnen Kindes kostet ungefähr die ersten 5 Jahre à 200 M. = 1000 M., die weiteren 10 Jahre à 500 M. = 5000 M.; es gehen demzufolge mit jedem jungen Menschenleben 6000 M. Kapital an die Großstadt. Diese Summen sollten und müßten dem Lande in der Weise erstattet werden, daß dessen Wohlfahrtseinrichtungen: Beschulung, Seuchenschutz, Krankenhauseinrichtung, Melioration der Bevölkerung durch Fürsorge und auch Rettungswesen, auf breite Schultern übernommen würden.

In der Großstadt Berlin ist jetzt das deutsche Rettungswesen durch den Zentralverband organisiert, der in Zehlendorf seinen Sitz hat. In der Großstadt finden sich ständige, Tag und Nacht tätige Unfallstationen, Unfallwachen, Rettungswagen. Nur eine Behörde erhält überall durch das Land Unfallbereitschaften: die Staatseisenbahnverwaltung. Es bestehen Rettungskästen in jedem Zug und auf jeder Station, ausgebildete Eisenbahnmannschaften und stets bereite Hilfszüge. — Wegen des Automobilverkehrs werde es sich empfehlen, Rettungskästen auch längs der Landstraße in den Gasthäusern bereit zu stellen.

Im Regierungsbezirk Stade steht das Rettungswesen jetzt so:

1. An 63 Orten sind 139 Aerzte angesessen, die durch Telephon alle zu erreichen sind und vielfach Kraftwagen haben. Soweit Unfälle an Landstraßen vorkommen, sind sie für den Arzt schnell erreichbar. Durch eine Karte wird die Verteilung der Aerzte demonstriert.

2. An 39 Orten sind 41 Krankenschwestern und 7 Kranken-

pflegerinnen verteilt, die zum Teil mit Rettungskästen ausgerüstet sind. Auch ihre Verteilung über den Bezirk wird auf 2 Karten demonstriert.

Von dem Versuche, durch ärztliche Unterrichtsstunden Nothelferinnen ausbilden zu vollen, rät der Vortragende ab, es wird damit nichts Ordentliches erreicht. Er rät vielmehr dazu, in der Jugendfürsorge und in den Haushaltsschulen der ersten Hilfe eine oder 2 Stunden zu widmen und geeignete Merkblätter weithin zu verteilen, z. B. Samariter-Hausblatt der deutschen Gesellschaft für Rettungswesen, Leipzig, Johannes Worners Verlag.

3. Es stehen im Bezirk 9 Krankenwagen zur Verfügung, davon 4 Wagen mit Vollgummirädern. Vortragender rät auf Grund der Erfahrungen, die in Hamburg damit gemacht sind, von der Anschaffung von Krankenautomobilen ab, rät aber stets zu Vollgummirädern. Auch die Verteilung der Wagen wird an Karten ersichtlich gemacht.

4. Es sind im Regierungsbezirk 30 Krankentragen vorhanden, davon 10 fahrbar, deren Verteilung auf einer Karte vermerkt ist.

5. Besonders hervorgehoben wird der einzig in seiner Art dastehende Krankentransportwagen des Kreises Kehdingen, der auf der dortigen Kreisbahn läuft. Er ist in zwei Teile geteilt, der eine ist eine fahrbare Desinfektionsanstalt, der andere ein wohl eingerichtetes Krankenabteil. Der ganze Wagen ist eine Komposition des Landrats Wegner in Freiburg und ist auf der Dresdener Hygiene-Ausstellung ausgestellt. Da der Kreis Kehdingen ganz lang gestreckt ist und längs von der Kreisbahn durchzogen wird, kommt er dem ganzen Kreise zu gute.

6. Die Transporteinrichtungen der Staatseisenbahn für Kranke werden besprochen:

a. Besondere Krankensalonwagen: bestehend aus 2 Salonabteilungen und einem Dienstraum, mit allem Krankenkomfort: als Abort, Waschtisch, Betten. Kosten 12 Billets I. Klasse, also für den Kilometer 1,08 M.; Berlin-Hamburg 308,80 M.

b. Ein ganzer Güterwagen oder Wagen IV. oder III. Klasse ohne Einrichtung, aber Krankenkörbe, die zum Transport zur Verfügung stehen; für den Kilometer 0,36 M.; Berlin-Hamburg 102 M. (4 Fahrkarten I. Klasse).

c. Besondere Krankenabteile in Wagen III. Klasse nebst Ausstattungsstücken: Tragbahre, Bettgestell, Schrank, Waschtisch, Stechbecken. 4 Billets III. Klasse, also für den Kilometer 18 Pfg., 2 Begleiter zugelassen; Berlin-Hamburg 53 M.

d. Gewöhnliche Abteile III. Klasse mit Tragbett, das gleich zum Transport dient, für nur 2 Fahrkarten III. Klasse für den Kranken und jede Begleitsperson 1 Fahrkarte. Kilometer 14 Pfg.; Berlin-Hamburg 40 M.

e. Bei der Arbeit oder dem Gewerbebetrieb verwundete oder plötzlich erkrankte Arbeiter, die auf ärztliche Verordnung in ein Krankenhaus überführt werden sollen, werden mit ihrem Begleiter mit Fahrkarten III. Klasse in besonderem Abteil befördert; liegend zu befördernde eventuell im Gepäckwagen.

Diese Transporteinrichtungen der Bahn und des Zuges werden erst nutzbar durch geschulte Krankenträger; solche sind vorhanden in den Sanitätskolonnen.

7. Im Regierungsbezirk sind bis jetzt 16 Sanitätskolonnen, davon 9 vom Roten Kreuz. Ihre Verteilung wird auf einer Karte demonstriert.

8. Die Krankenhäuser des Regierungsbezirkes und die Nachbarkrankenhäuser der Großstädte Hamburg, Bremen und Bremerhaven werden im Anschluß hieran auf einer Karte eingezeichnet demonstriert. Der Grundsatz, Unfallverletzte, aber auch andere Kranke ins Krankenhaus zu überführen, wächst mehr und mehr; deshalb erscheint es wünschenswert, die Transporte der Verletzten und Kranken als Hauptaufgabe des Rettungswesens auszubauen und durch Vermehrung der Sanitätskolonnen zu erleichtern. An 13 Orten, die genannt werden, fehlen noch Sanitätskolonnen. Am besten erscheinen Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz aus folgenden Gründen:

a. Kontrolle und Beaufsichtigung durch einen technischen Sachverständigen, den Provinzialinspektor vom Roten Kreuz.

b. Recht und Pflicht, Uniform zu tragen; Disziplin, Korrektheit und Ineinandergreifen des gemeinsamen Handels gewinnen dadurch.

c. Die regelmäßigen Unterrichtsstunden durch den Arzt, die Uebungen im Gelände, die Sorge dafür, daß keine Kurpfuscher erzogen werden.

d. Das leichte Kenntlichmachen der Stelle, wo erste Hilfe zu haben ist (Rotes Kreuz am Hause). Dampfpfeife.

e. Die Aufklärung über Desinfektion, Krankheit, Krankenhaus, die damit von diesem Block aus ins Volk kommt.

f. Die Möglichkeit eines einwandfreien Transports von Infektionskranken; Desinfektoren beteiligen sich meist.

g. Von den Zentralen des Roten Kreuzes erhalten die Kolonnen Hilfsmitteln, Tragen etc.

Der Umstand, daß Anfangs Schwierigkeiten sind, darf nicht abhalten; man kann auch klein beginnen.

Schwierigkeiten bei Beschaffung der Mittel. Keine Geldopfer darf man den Leuten auflegen, da sie schon genug Opfer an Zeit bringen. Einspringen müssen vielmehr: die Vaterländische Frauenvereine, die Kriegervereine und Vereine vom Roten Kreuz, die industriellen Unternehmungen, die Gemeinden und Magistrate, die Kreise, die Berufsgenossenschaften, der Automobilklub usw. Sie haben alle ein Interesse daran; denn durch die Kolonnen werden die zahlreichen Transportmittel für Kranke und Verletzte, die im Bezirk zur Verfügung stehen, erst recht nutzbar gemacht, der zahlreiche Bestand von Schwestern, Pflegerinnen, Aerzten und Krankenhäusern in zweckmäßige Beziehungen gebracht, so daß keiner ausgeschlossen, sondern an rechter Stelle tätig ist, und vor allem jedem Kranken und Verletzten bald und schnell die zweckmäßige und nach Lage des Falles geeignetste Hilfe zu teil werden kann.

Das ist aber das Ziel des Rettungswesens.

Diskussion:

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Ritter-Stade: Früher war das Rettungswesen lediglich eine militärische Organisation für Kriegszwecke, jetzt ist es auch für die Zivilbevölkerung und insbesondere für das platte Land eine unentbehrliche Einrichtung geworden, weil 1. durch die Entwickelung der Industrie die Betriebsunfälle, die schnelle Hilfe erfordern, kolossal zugenommen haben und weil 2. das Bedürfnis nach Krankenhausbehandlung außerordentlich gestiegen ist durch die infolge der Entwickelung der Chirurgie veränderten Anschauungen über die Wundbehandlung und durch die moderne Bekämpfungsart der Infektionskrankheiten. Es muß daher angestrebt werden, daß in jedem Kreise mindestens eine ausgebildete Sanitätskolonne mit den nötigen Ausrüstungsgegenständen vorhanden ist.

Regierungspräsident Grashoff bittet um nähere Auskunft darüber, warum sich Krankenautomobile anscheinend nicht recht bewährt haben.

Physikus Dr. Sieveking-Hamburg bemerkt hierzu, daß die Krankenautomobile besonders in ländlichen Verhältnissen überall da versagen, wo die Wege nicht gut ausgebaut sind. Es gelingt in allen solchen Fällen nicht, das Automobil an die Unfallstelle heranzubringen. Dazu komme, daß die Automobile trotz aller Fortschritte der Technik doch noch recht häufig Pannen erleiden, die gerade beim Krankentransport besonders unangenehm seien. Alle diese Nachteile weise ein guter von Pferden gezogener Krankentransportwagen nicht auf.

Regierungspräsident Grashoff glaubt, daß man demnach zur Beschaffung eines Krankenautomobils für ländliche Verhältnisse nur dann raten soll, wenn die Wege gut sind.

Kreisassistenzarzt Dr. Hallwachs-Zeven teilt mit, daß von den Patienten, die auf weitere Entfernungen und auf nicht erstklassigen Straßen mit Krankenautomobilen befördert wurden, häufig über Schmerzen infolge von Erschütterungen geklagt werde.

Physikus Dr. Sieveking-Hamburg kann diese Angaben auch nach den in Hamburg von der Polizeibehörde, der das dortige Krankentransportwesen untersteht, gemachten Erfahrungen bestätigen. Von allen Personen werde ein Transport auf einem guten, von Pferden gezogenen Krankentransportwagen,

dessen Räder Vollgummibereifung haben, als die angenehmste und schonendste Transportart bezeichnet.

III. Die Beaufsichtigung der Hebammen gemäß § 57 der Dienstanweisung für die Kreisärzte. Referent: Kreisarzt Dr. Guttmann-Stade (Selbstbericht).

In der Dienstanweisung vom 1. September 1909 ist der § 57 betreffend die Beaufsichtigung der Hebammen erheblich erweitert. Während es im § 57 bis dahin hieß, der Kreisarzt hat bei jeder sich bietenden Gelegenheit die Berufstätigkeit der Hebammen, die gehörige Instandhaltung ihrer Instrumente usw. zu kontrollieren, ist jetzt dem Kreisarzte die Verpflichtung auferlegt, im Laufe von je 2 Jahren jede Hebamme mindestens einmal an ihrem Wohnorte außerordentlich zu revidieren. Diese Revisionen werden sich nicht immer gelegentlich erledigen lassen; da sie die Abstellung gefundener Mängel bezwecken sollen, so wird der Kreis-arzt es an eingehender Belehrung und Unterweisung nicht fehlen lassen dürfen, und das kostet oft viel Zeit.

Bei den Revisionen hat der Referent den Hauptwert auf die Erfüllung der Forderungen des § 11 der Dienstanweisung für die Hebammen gelegt, betreffend die stete Bereitschaft und Erhaltung der Berufstüchtigkeit. Er führte sich stets bei diesen Revisionen so ein, daß er die Hebammen aufforderte, schleunigst zu einer Geburt zu kommen und beobachtete dann ihre Vorkehrungen. Die ersten Revisionen haben ihn nur selten befriedigt. Die Instrumententasche fand er in den meisten Fällen wohl gepackt, doch war die Art ihrer Aufbewahrung meist nicht einwandfrei; er fand sie auf einer offenen Bord stehen oder unter dem Bett, in einem Kleiderschrank u. dergl. mehr. Außer den durch § 194 qu. vorgeschriebenen größeren Sublimatvorräten waren nur selten größere Mengen von Alkohol-Kresolseife und Watte anzutreffen. Zwar sieht das Hebammenlehrbuch dieses nicht besonders vor, was soll aber eine Hebamme mit 100 g Weingeist und Kresolseife anfangen, wenn sie stark beschäftigt ist und fern von einer Apotheke in einem einsamen Dorfe wohnt? Sie wird vermutlich gelegentlich sparsam sein müssen mit diesen Mitteln und kann leicht in die größte Verlegenheit geraten. Als Aufbewahrungsart für die Sublimatpastillen diente die Kommode, der Tassenschrank oder sonst ein wenig zweckmäßiger Behälter. Die Waschkleider wurden in den günstigsten Fällen einer Kommode entnommen, in der nur reine Wäsche lag; vielfach diente aber diese Kommode zur Aufbewahrung für die verschiedensten, nicht immer ganz sauberen Gegenstände; auch aus Kleiderschränken oder Garderoben, in denen sich das Arbeitszeug des Mannes befand, wurden die Waschkleider hervorgeholt.

Hebammenlehrbuch, Tagebuch, Gebührenordnung nebst Rechnungsbuch, die Polizeiverordnung über die Berufstätigkeit der Hebammen für den Reg.-Bez. Stade und Meldebriefe an den Kreisarzt, alles Drucksachen, die die Hebamme nicht selten schnell bei der Hand haben muß, fand er oft verlegt, so daß sie überhaupt nicht vorgelegt werden konnten, oder sie wurden aus einem Wirrwarr von alten Papieren mühsam herausgesucht, so daß der Eindruck fleißiger Benutzung nicht erweckt wurde.

Die Wohnungen der meisten Hebammen konnten als sauber bezeichnet werden, die Hände indes nicht immer. Die Einnahmen der ländlichen Hebammen sind nicht überall so beträchtlich, daß sie davon leben können; es ist daher ohne weiteres zuzugeben, daß sie sich mit häuslichen Arbeiten beschäftigen dürfen, aber schwere Feldarbeiten oder die regelmäßige Wartung des Viehes, insbesondere der Schweine hält der Berichterstatter nicht für angängig.

Gelegentlich traf er die Hebammen bei ihren Ausgängen zu Wochenbettbesuchen; bei weiten Wegen pflegen die wenigsten Hebammen dann die große Instrumentasche bei sich zu führen, sie begnügen sich vielmehr damit in einer mehr weniger einwandfreien Ledertasche die nötigen Utensilien bei sich zu führen.

Nach diesen Erfahrungen stellt er jetzt an alle Hebammen des Kreisarztbezirkes gemäß § 11 der Polizeiverordnung vom 23. Januar 1911 folgende Forderungen: 1. Jede Hebamme ist verpflichtet, sich einen verschließbaren, zum Zweck leichter Reinigung mit glatten Wänden versehenen Schrank zu

halten, in dem nur die zur Ausübung des Hebammenberufes nötigen Utensilien, Geräte, Arzneimittel, Waschkleider und Bücher so aufgestellt sind, daß sie schnell und in genügender Menge hervorgeholt werden können. Dieser Schrank ist gleichzeitig so einzurichten, daß in ihm Formalindesinfektionen mit Autan ausgeführt werden können. 2. Von Alkohol, Kresolseife, Watte, Bürsten usw. sind ausreichende Mengen in diesem Schrank stets vorrätig zu halten. 3. Für die Wochenbettbesuche muß die Hebamme, wenn sie nicht stets die große Instrumententasche bei sich führen will, eine sog. Wochenbetttasche bereit halten, wie sie in § 3, 4 der Polizeiverordnung vorgesehen ist.

Ein solcher Schrank in einfacher Ausführung kostet ca. 18 M.; er enthält oben ein 1 m langes, 25 cm hohes Fach für die Bücher und Drucksachen, und seitlich mehrere 30 × 25 cm große Fächer für Arzneimittel, Watte und sonstigem Reservegeräte sowie für die Handtücher und Schürzen; im Grunde des Schrankes stehen die Instrumenten- und Wochenbetttasche, an Haken im oberen Bodenbrett hängen die Waschkleider. An diesen Haken können nicht waschbare Kleider, Mäntel, Hüte, Pelzstücke u. dergl. zur Desinfektion mit Formalin (Autan) aufgehängt werden. Es kann auch ein schon vorhandener Schrank hergerichtet werden, doch haben viele Hebammen es vorgezogen, sich neue Schränke einzurichten, wozu sie teilweise freiwillige Unterstützungen von den einzelnen Hebammenbezirken erhalten haben.

Als Wochenbetttaschen dürfen nicht fertige Ledertachen verwendet werden. In auskochbaren, selbst angefertigten Leinwandtaschen werden die in § 3, 4 der Polizeiverordnung vorgeschriebenen Geräte und Arzneimittel untergebracht und das ganze in eine 1 qm große Gummidecke eingeschlagen, mittelst eines Tragriemens kann diese bequem am Rade befestigt werden.

Sowohl der Schrank als auch besonders die einfache, nicht teure, leicht zu reinigende Wochenbettasche erfreuen sich nach ihrer völligen Einführung großer Beliebtheit bei allen Hebammen. Die Revisionen der Hebammen gestalten sich jetzt erheblich einfacher, da über die Sauberkeit und über den gebrauchsfertigen Zustand aller Utensilien rasch und gründlich ein Ueberblick zu gewinnen ist. Hebammen, die ihren Schrank sauber in Ordnung halten, untersagt er nie oder nur in den dringlichsten Fällen die Berufstätigkeit nach Fällen von Wochenbettfieber.

Als zweite Forderung verlangte der erweiterte § 57 der Dienstanweisung für Kreisärzte: „Der Kreisarzt hat darauf zu achten, daß die Hebammen jeden Fall von Fieber im Wochenbett bei mehr als 38° sowie jeden Todesfall einer Gebärenden oder einer Wöchnerin in ihrer Praxis ihm anzuzeigen und bei Fieberfällen bis zu seiner etwaigen anderweitigen Anordnung vor Ablauf von 8 Tagen keine sonstige berufliche Tätigkeit unternehme. Der Kreisarzt kann der Hebamme, welche bei einer am Kindbettfieber Erkrankten tätig gewesen ist, die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit schon früher gestatten, wenn er dies für unbedenklich hält. Er hat darüber zu wachen, daß die Hebamme in jedem Falle vor der Wiederaufnahme des Berufes ihren Körper, sowie ihre Wäsche, Kleidung und Instrumente gründlich reinigt und desinfiziert.“

Zur Durchführung dieser wichtigen Maßnahmen gegen die Entstehung und Verbreitung des Wochenbettfiebers erscheint es dem Referenten unerläßlich, bei jeder sich bietenden Gelegenheit die Hebammen auf die Bedeutung des Wochenbettfiebers hinzuweisen und ihnen immer wieder klar zu machen, was Wochenbettfieber und Fieber in Wochenbett bedeuten. Aus diesem Grunde wird das Kapitel Wochenbettfieber auf jeder Nachprüfung eingehend geprüft.

Sobald die Meldung einer Hebamme über einen Fall von Fieber im Wochenbett eintrifft, erhält sie umgehend eine schriftliche Belehrung, gleichzeitig geht an den behandelnden Arzt eine entsprechende Anfrage über den Fall ab; für beides gibt es bei W. Dieckmann in Altenkirchen zweckmäßige Formulare. Im § 481 des Hebammenlehrbuches ist vorgeschrieben, daß sich in solchen Fällen die Hebamme jeder Tätigkeit als Hebamme bei einer anderen Person zu enthalten hat; ob sie die erkrankte Wöchnerin weiter pflegen darf, entscheidet der Kreisarzt. Der Min.-Erlaß vom 7. August 1908 — M. Nr. 6514 U. I. — bezeichnet als Haupttätigkeit der Hebamme die Geburtshilfe und nicht die Krankenpflege; die Hebamme soll deshalb die Erkrankte nur dann weiterpflegen, wenn ihre Tätigkeit als Geburtshelferin ohne Schädigung der gebärenden Frauen des in Frage kommenden Bezirks entbehrt werden kann und wenn

die Wöchnerin sich in einer Notlage insofern befindet, als sie einer sachverständigen Pflege dringend bedarf und diese auf irgendeine andere Weise nicht zu beschaffen ist.

Die Entscheidung der Frage, ob eine Hebamme, die bei einem Kindbettfieberfalle tätig war, ihre Berufstätigkeit vor Ablauf der vorgeschriebenen Karrenzzeit wieder aufnehmen darf, wird der Kreisarzt davon abhängig machen müssen, ob die Hebammen sich und ihre Sachen nach den Vorschriften so desinfizieren kann, daß die Gefahr der Uebertragung von Keimen ausgeschlossen ist. Es fragt sich nun, wie kann der Kreisarzt darüber wachen, daß die Desinfektion bei der Hebamme gründlich durchgeführt ist. In Städten mit entsprechenden Desinfektionsanstalten kann die Bescheinigung der Anstalt als Ausweis dienen; in ländlichen Bezirken ist diese Art der Ueberwachung nicht möglich. Referent hält es für ausgeschlossen — Einzelfälle ausgenommen — daß der Kreisarzt persönlich die Desinfektion der Hebamme überwacht; er wird sich begnügen müssen, nur saubere und zuverlässige Hebammen im Beruf zu dulden und alle Desinfektionsarten immer wieder theoretisch und praktisch mit den Hebammen durchzugehen, wozu sich die Nachprüfungen und die Revisionen besonders eignen. Die Reinigung der Instrumente und Waschkleider läßt sich unschwer durch Kochen erzielen; auch die verschärfte Desinfektion der Hände und Arme wird keine Schwierigkeiten bereiten. Ein Vollbad wird durch eine Körperwaschung ersetzt werden können; wirkliche Schwierigkeiten entstehen nur bei der Desinfektion nicht waschbarer Kleidungsstücke. Die Benutzung des Dampfdesinfektionsapparates, der meistens in der fernen Kreisstadt steht, ist umständlich, weitläufig und für gewisse Stücke auch nachteilig. Es ist zu befürchten, daß die Desinfektion dieser Gegenstände deshalb unzureichend bleibt. Als bequem und zweckmäßig in diesen Fällen hat er die Formalindesinfektion mit Autan nach manchen Kontrolluntersuchungen schätzen gelernt. Diese Desinfektion kann die Hebamme — nach Unterweisung durch den Kreisarzt — selbst ausführen, wozu sie sich zweckmäßig ihres Schrankes für die Hebammenutensilien bedient, dessen Abdichtung unschwer mit Watte und Klebepapier unschwer zu bewerkstelligen ist. Da die kleinsten Autanpackungen für 4 cbm reichen, und die Schränke selten mehr als 1—2 cbm fassen, so ist die Formalinwirkung eine außerordentlich starke und rasche. Der Autan wird den den Hebammen aus öffentlichen Mitteln geliefert und verursacht nur geringe Kosten. Als besonders geeignet hält Ref. diese Desinfektion für die Fälle, in denen die Hebamme in Häusern tätig war, wo Diphtherie, Scharlach, Pemphigus und ähnliche Krankheiten, insbesondere epidemische Halsentzündungen vorgekommen sind. Geschieht auf Meldung der Hebammen in solchen Fällen nichts oder Unzugängliches, so sehen die Hebammen auch nicht recht ein, warum sie die Meldungen erstatten müssen. Die vollzogene Desinfektion hat die Hebamme in jedem Falle schriftlich dem Kreisarzt anzuzeigen.

Liegt ein besonders bedenklichlicher Fall vor, so kann der Kreisarzt der Hebamme Bad, Desinfektion der Kleider, verschärfte Desinfektion der Hände und Arme im Kreiskrankenhause eventuell unter Aufsicht vorschreiben.

Der erweiterte § 57 der Dienstanweisung für die Kreisärzte hat die Zahl der Pflichten des Kreisarztes nicht unerheblich vermehrt, für eine sachgemäße Beaufsichtigung der Hebammen erscheint er in seiner heutigen Fassung aber als dringend erforderlich.

Diskussion:

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Ritter-Stade teilt mit, daß bereits in den nächsten Monaten eine Neuausgabe des Hebammenlehrbuches erfolgen wird, durch die die Vorschriften der persönlichen Desinfektion wesentlich verändert werden.

Landrat v. Mettenheimer-Rotenburg bittet den Referenten um Auskunft, wer die Kosten für den Schrank getragen habe.

Kreisarzt Dr. Guttmann-Stade teilt mit, daß in allen Fällen die Hebammen den Schrank auf eigene Kosten beschafft haben.

Med.-Rat Dr. Ocker-Verden fragt an, ob man die Hebammen, z. B. freipraktizierende, die sich weigern, zur Anschaffung eines solchen Schrankes zwingen kann.

Regierungspräsident Grashoff-Stade bemerkt hierzu, daß die Hebammen

keinenfalls rechtlich hierzu gezwungen werden können. Es sei wohl das Gegebene, derartige Schränke auf Kreiskosten, eventuell aus den Ueberschüssen der Kreissparkasse zu beschaffen oder doch jedenfalls Beihilfen zur Beschaffung der Schränke zu gewähren.

Med.-Rat Dr. Ocker-Verden regt eine Aenderung der Gebührenordnung in dem Sinne an, daß der Pauschalsatz für 5 Besuche beseitigt werde.

Nach Schluß der Versammlung fand ein gemeinsames Essen im Stader Klubhause statt. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Bericht über die am 11. November 1912 im kleinen Sitzungssaal der Königl. Regierung zu Coblenz abgehaltene Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Coblenz.

Anwesend waren die Herren: Ober-Reg.-Rat Jürgensen, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Grisar, Geh. Med.-Rat Dr. Kohlmann, San.-Rat Dr. Weichelt, Direktor der Irrenanstalt St. Thomas zu Andernach, sämtliche Medizinalbeamte des Regierungsbezirks mit Ausnahme der verhinderten Kreisärzte von Adenau und Cochem, Kreiswundarzt a. D. Dr. Mayer und der kreisärztlich geprüfte Arzt Dr. Döllner.

Herr Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Grisar begrüßt die Versammlung, insbesondere Herrn Ober-Reg.-Rat Jürgensen, der als Vertreter des durch Dienstgeschäfte verhinderten Herrn Regierungspräsidenten erschienen ist. Er gedenkt sodann des am 1. Oktober ausgeschiedenen Med.-Rats Dr. Michels in Adenau und des demnächst ausscheidenden Med.-Rats Dr. Thiele-Cochem.

I. Med.-Rat Dr. Koeppe-Zell berichtet über eine sowohl durch ihren Umfang wie ihre Aetiologie bemerkenswerte **Paratyphusepidemie,** die von Anfang August bis Mitte September 1911 in der Kreisstadt Zell a. d. Mosel herrschte.

Die Krankheit trat zunächst unter influenzaähnlichen Symptomen, insbesondere Kopf- und Rückenschmerzen auf. Am 10. August wurde der erste Fall von Typhusverdacht gemeldet und alsbald bakteriologisch als Paratyphus festgestellt. Von da ab wurde die Zahl der Kranken immer größer, das klinische Krankheitsbild immer eindeutiger; der Widal war stets positiv für Paratyphus.

Bei dem plötzlichen Einsetzen der Epidemie und ihrer alsbaldigen Verbreitung über den größten Teil der Stadt konnte nur eine von breiten Schichten der Bevölkerung konsumiertes Nahrungsmittel als Infektionsquelle in Betracht kommen und zwar, da alle anderen Nahrungsmittel nach Lage der Sache ausschieden, das Wasser der Zentralwasserleitung. Hierfür sprach zunächst die Tatsache, daß 4/5 der Erkrankten Frauen, Mädchen und Kinder waren, die die Stadt nicht verließen und zur Stillung des Durstes lediglich auf die Wasserleitung angewiesen waren und daß die übrigen Erkrankungen mit einer einzigen Ausnahme Handwerker betrafen, deren Beruf sie tagsüber an ihre Wohnung fesselte. Von den auswärts beschäftigten Arbeitern, die morgens auszogen, wenn die Wasserleitung — in Anbetracht des im Sommer 1911 herrschenden Wassermangels — noch abgesperrt war, war nur ein einziger erkrankt. Diese Erwägungen erhielten eine gewichtige Stütze durch den vom Königl. Medizinaluntersuchungsamt in Coblenz geführten Nachweis von Bacterium coli in dem Leitungswasser.

Die Wasserversorgung der Stadt Zell geschieht durch eine Anzahl von Quellen, deren Wasser durch zwei Leitungen der Stadt zugeführt wird. Eine Infektion der Quellen und Sammelbehälter kam nach Lage der Sache nicht in Betracht. Dagegen konnte gelegentlich eines Rohrbruches festgestellt werden, daß das zuführende Bleirohr von den Säuren des Bodens zerfressen und stellenweise porös durchgängig geworden war. Das Eindringen der Keime auf diesem Wege erklärte sich aus der allabendlich erfolgenden zentralen Absperrung der Leitung; da hierdurch abends das Rohrnetz leer lief, zumal jeder der ca. 300 Krahnen behufs Entnahme von Wasser für die Nacht ein oder mehrere Mal geöffnet wurde, so mußte in der Leitung ein negativer Druck, eine Saugwirkung, entstehen, die die Infektionskeime in die Hausanschlüsse brachte. Dieser Auffassung der Dinge entsprechend wurde gelegentlich einer Besich-

tigung seitens der Kommission des Herrn Regierungspräsidenten die bisherige Absperrung untersagt; danach kam es nur noch zu einer Neuerkrankung am 5. September; am 21. September war die Epidemie erloschen.

Die Annahme von dem Eindringen der Keime durch schadhafte Bleirohre bestätigte sich bei dem nunmehr seitens der Stadt vorgenommenen Ersatz sämtlicher Blei-Hausanschlüsse durch nahtlose Mannesmannrohre. Es fand sich nämlich ein alter Kanal aus Trockenmauerwerk, in den die Jauche aus Dungstätten und Abortgruben hineingelangte. Der gesamte Boden in der Umgebung dieses Kanals war verjaucht und mißfarbig; in diesem Boden lag aber eine Anzahl bleierner Hausanschlüsse, die sämtlich zerfressen und durchlässig geworden waren. In den rechts und links von dieser Stelle befindlichen Häusern lagen je 3 und 4 Paratyphuskranke und die anschließenden Häuserviertel wiesen eine größere Anzahl von Erkrankungen auf, als alle anderen entferntliegenden Häuser zusammen.

Was den Umfang der Epidemie anlangt, so waren nachweislich erkrankt 185 Personen; Vortragender glaubt aber die Zahl der tatsächlich Erkrankten ohne allzu großen Irrtum auf 250 schätzen zu dürfen, was bei 2732 Einwohnern 9,4% der Bevölkerung ausmacht. Behandelt wurden 155 Personen, d. h. 60% aller Erkrankten, darunter 32 Männer, 99 Frauen und 24 Kinder.

75 Personen = 30% der Erkrankten zeigten die typhöse Form der Erkrankung, die sich durch nichts von einem gewöhnlichen Typhus abdominalis unterschied und ohne die bakteriologische Untersuchung sicher als solcher angesprochen worden wäre. Bei allen übrigen Erkrankungen beherrschten die Symtome einer nicht allzu schweren Influenza das Krankheitsbild, insbesondere Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schmerzen in den Beinen und lebhaftes Schwindelgefühl; nur bei einem kleinen Teil der Fälle kam es zu einem erheblichen Krankheitsgefühl und Bettlägerigkeit; Erbrechen und Durchfall fehlten durchaus; über Leibschmerzen wurde nur in einigen Fällen geklagt. Die gastrointestinale Form der Krankheit — akuter Beginn mit Durchfällen und Erbrechen — wurde nur 5 mal, also in 2% der Fälle beobachtet. Der Fieberverlauf war meist unregelmäßig; erbsensuppenähnliche Stühle waren nur selten zu sehen. Roseolen wurden wenig beobachtet, nur in 2 oder 3 Fällen erschien eine reichliche Aussaat auf Brust, Bauch und Rücken. Herpes labialis und nasalis ist im Beginn nicht beobachtet worden; in 3 Fällen wurde er im Verlauf der Epidemie gesehen. Bei zwei Kindern begann die Krankheit unter ruhrähnlichen Symptomen, zeigte schweren Verlauf mit Temperaturen bis 41,8 und war außerdem in einem Falle durch eine bösartige Angina cachectica kompliziert. Kontaktfälle wurden 10 = 4% beobachtet, sämtlich mit allmählichem Beginn und typhusähnlichen Verlauf.

Der klinische Verlauf unterschied sich also in manchen Beziehungen von den Beobachtungen bei ähnlichen Paratyphusepidemien, insbesondere bei der von Prigge beschriebenen[1]). In dieser Epidemie betrug die Zahl der Erkrankten 744 = 12% der Einwohner, davon wurden nur 64 = 8,3% behandelt; die typhöse Form der Erkrankung wiesen nur 7 Fälle = 0,9% auf. Die meisten Fälle zeigten die gastrointestinale Form; Prigge verzeichnete bei 98,1% seiner Kranken akuten Beginn und bei 98,4% das Auftreten an Durchfällen, während bei 1/5 der Beobachteten Erbrechen und in 50% heftige Leibschmerzen eintraten.

Prigge hat aus seinen Beobachtungen geschlossen, daß der akute Beginn mit Erbrechen oder Abführen zu den Hauptsymptomen des Paratyphus gehöre und die klinischen Erscheinungen an sich schon meist eine scharfe Trennung des Paratyphus vom Typhus abdominalis gestatte. Bei der Zeller Epidemie wäre der größte Teil der bettlägerig gewordenen Fälle ohne die bakteriologische Untersuchung sicher als Typhus abdominalis angesprochen worden.

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen faßte der Vortragende in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Bei allen plötzlichen und gehäuft auftretenden Erkrankungen mit

[1]) Klin. Jahrbuch; 26. Bd., S. 365.

influenzaähnlichen Erscheinungen ist, namentlich wenn dies im Sommer und innerhalb eines engbegrenzten Bezirks geschieht, die bakteriologische Untersuchung zur Diagnosenstellung zu Hilfe zu nehmen.

2. Bleiröhren sind zu Hausanschlüssen nicht zu verwenden da sie durch Feuchtigkeit und Säuren des Bodens angefressen und durchgängig werden (Demonstration eines solchen Bleirohres).

3. Noch mehr zu verwerfen sind für diesen Zweck die sogenannten „galvanisierten Eisenrohre“. Diese rosten in schweren feuchten Bodenarten schon nach 10 und 14 Jahren vollständig durch (Demonstration eines galvanisierten Krümmers, der nach 9 Jahren vollständig zerstört war). Liegen besonders ungünstige Verhältnisse vor und enthält der Boden Säuren oder ist er mit organischen Abfallstoffen durchsetzt, so tritt die Zerstörung der Rohre schon nach 2—3 Jahren ein. Es entstehen also auch bei ihnen nicht nur schon früh Wasserverluste, sondern sie können auch, ebenso wie Bleiröhren, zur Verseuchung der Leitungen mit allen ihren Konsequenzen führen. Sie sollen also nicht im Boden, nicht im Freien und nicht unter Gebäuden verwendet werden. Dagegen sollen sie überall in den Hausleitungen an Stelle der Bleirohre treten, damit diese aus den Wasserleitungen endgültig ausscheiden.

4. Das Beste, was zur Zeit für Hausanschlüsse vorhanden ist, sind die nahtlosen Mannesmannrohre, Stahlrohre asphaltiert, gejutet und nochmals asphaltiert (Demonstration eines solchen Rohres).

II. Kläranlage der Stadt Simmern im Hundsrück. Kreisarzt Dr. Fricke-Simmern.

Von den 2600 Einwohnern des Städtchens sind etwa 1500 an ein Kanalnetz angeschlossen, Da der Vorfluter, der Simmerbach, sehr klein ist (Mindestwasser nur 0,5 Sekundenliter), ferner 3 km stromab schon wieder eine Ortschaft liegt, ist sorgfältige Reinigung der Abwässer erforderlich. Seit 11. Mai 1911 ist eine Kläranlage der Gesellschaft für Abwässerbeseitigung G. m. b. H. zu Schöneberg-Berlin im Betriebe, die für 6,65 Sekundenliter berechnet ist (dazu bei Regenwetter noch 16,6 Sekundenliter). Das Abwasser durchfließt Sandfang, Grobrechen, dann einen Kremerbrunnen, der nach Angabe der Firma 80—95 % aller mechanisch ausscheidbaren Stoffe (Fett, leichte Schwimmstoffe, einere Sinkstoffe) zurückhält. Durch radiär gestelltes, selbsttätig umlaufendes Rohr wird das Abwasser darauf auf einen Tropfkörper verspritzt.

Die Anlage arbeitet geruchlos. Die Bakterienzahl fand Vortragender um 30 %, den Permaganatverbrauch um 40 % herabgesetzt; das Resultat wird zweifellos bedeutend günstiger werden, wenn, wie es künftig geschehen soll, die Anlage dauernd, auch bei Mittel- und Hochwasser in Betrieb gehalten wird; nur dann kann sich die biologisch arbeitende Filterhaut auf dem Tropfkörper bilden.

Die Kosten der vollständigen Kanalisation werden auf 180000 M geschätzt, davon entfallen auf die Kläranlage 25000 M. (Demonstration von Abbildungen).

III. Ueber Nebenwirkungen der Serumtherapie. Kreisarzt Dr. Hilgermann, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Coblenz.

Die Nebenerscheinungen der Serumtherapie beruhen darauf, daß die Heilsera artfremde Eiweißarten sind und als solche besondere Antigene enthalten, die durch höchst eigentümliche immunisatorische Wirkungen scharf charakterisiert sind. Führt man in den Organismus eines Warmblüters artfremdes Eiweiß ein, so entwickelt sich nach einiger Zeit eine spezifische Ueberempfindlichkeit, d. h. ein derart vorbehandeltes Tier reagiert auf die neuerliche Injektion bereits kleinster Mengen derselben Eiweißlösung mit stürmischen Krankheitserscheinungen und verendet oft schon nach wenigen Minuten. Diesen Zustand der Ueberempfindlichkeit bezeichnet man als Anaphylaxie. Es handelt sich hierbei um immunisatorische Vorgänge, indem sich das eingespritzte Serum (Antigen) mit dem nach der ersten Injektion im Blute auftretenden Eiweißkörper verbindet. Außer dieser sog. künstlichen Anaphylaxie gibt es eine natürliche Anaphylaxie; hierunter versteht man alle jene krankhaften Erscheinungen, die sich bei manchen Individuen nach stomachaler oder

einmaliger parenteraler Einverleibung heterologer Eiweißarten einstellen und unter dem Namen Idiosynkrasie bekannt sind. Demgegenüber entsteht die künstliche Anaphylaxie durch Vorbehandlung mit heterologen körperfremden Eiweißarten, und zwar in der Regel nur, wenn diese parenteral eingeführt werden. Zum Zustandekommen der künstlichen Anaphylaxie ist ein entsprechendes Zeitintervall zwischen der ersten (sensibilisierenden) und der zweiten Injektion nötig. Die anaphylaktisierende Wirkung ist von der Größe der ersten Dosis unabhängig; man braucht z. B. nur minimalste Dosen Pferdedosen einem Meerschweinchen zu injizieren, um es mit Sicherheit für eine bei stimmte spätere Zeit überempfindlich zu machen. Die nach der Reinjektion bei sensibilisierten Versuchstieren einsetzenden Erscheinungen äußern sich in einer großen, meist bereits nach wenigen Minuten auftretenden Unruhe, in heftigem Würgen und zunehmender Mattigkeit, ferner in Erbrechen, Abgang von Kot und Urin und schweren Krampfanfällen; unter Atemlähmung tritt der Tod ein. Neben dieser schweren Form gibt es auch eine hauptsächlich lokale Reaktionsform, die sich durch Oedem und Nekrose der Impfstelle charakterisiert.

Die Eiweißanaphylaxie ist hochgradig spezifisch; mit Pferdeserum vorbehandelte Tiere sind nur gegen dieses, nicht aber gegen Kaninchen-, Ziegen- und Ochsenserum überempfindlich.

Die toxische Wirkung des Serums ist um so stärker, je frischer das Serum ist; die subkutane Injektionsmethode ist für die Tiere am wenigsten gefährlich, die Injektion ins Gefäßsystem aber ganz besonders wirksam.

Der überempfindliche Zustand hat oft eine überraschend lange Dauer. Er läßt sich mit dem Zustand sensibilisierter Tiere auf andere übertragen (passive Anaphylaxie); er beruht also auf einer im Blute der anaphylaktischen Tiere kreisenden Substanz; dieser anaphylaktische Reaktionskörper ist auch vererbbar.

Die Versuche, die toxische Wirkung des betr. Serums aufzuheben, z. B. mittels Filtration, Chemikalien, Fermenten, Xstrahlen, Erwärmen, Gefrieren, haben sich als nicht brauchbar erwiesen.

Praktisch gewinnt die Frage der Anaphylaxie eine große Bedeutung dadurch, daß wir bei der Serumtherapie nicht nur die Bakterienantitoxine, sondern auch körperfremde Eiweißarten injizieren und daß daher Individuen, die früher einmal mit Serum behandelt waren, an Ueberempfindlichkeitserscheinungen erkranken.

Bei Erstinjizierten tritt zuweilen die sog. „Serumkrankheit" auf: Zwischen dem 8. und 12. Tage nach der Injektion stellt sich meist plötzlich ein charakteristisches Krankheitsbild ein, das im wesentlichen in Fieber, Exanthemen, Drüsen- und Gelenkschwellungen, Oedemen und Albuminurie besteht; dauernde Gesundheitsstörungen kommen kaum vor.

Bei Reinjizierten sehen wir als typisches Bild der Ueberempfindlichkeit eine meist „sofortige und verstärkte Reaktion"; auch kann nach dem Abklingen dieser sofortigen Reaktion nach 5—7 Tagen eine nochmalige Reaktion einsetzen. Es kann ein Bild entstehen, das dem anaphylaktischen Shock bei Tieren entspricht. Todesfälle sind, wenn auch vereinzelt, beobachtet.

Sicherlich wird man auf Grund von vereinzelt auftretenden Fällen von Ueberempfindlichkeit nicht auf die segensreichen Wirkungen der Heilsera verzichten wollen. Um derartige unglückliche Zufälle möglichst einzuschränken, wird man vor allem folgende Vorsichtsmaßregeln beobachten:

Vor jeder Injektion wird man genau nachforschen, ob bereits früher einmal eine Seruminjektion stattgefunden hat und gegebenenfalls nur bei strenger Indikation die Injektion vornehmen. Um möglichst geringe Mengen artfremdes Eiweiß einzuführen, wird man ein möglichst hochwertiges Serum wählen; ferner wird man Wert darauf legen, daß das Serum nicht frisch, sondern bereits einige Monate abgelagert ist. Die subkutane Methode ist der intravenösen vorzuziehen, die Injektion selbst möglichst langsam vorzunehmen. Eventuell müßten von den Seruminstituten Sera von verschiedenen Tierarten hergestellt werden, damit man bei einer notwendig werdenden Reinjektion eine andere Eiweißart wählen kann als bei der ersten. Endlich wird man mit prophylaktischen Impfungen zurückhaltend sein müssen, um nicht bei später erforderlich werdender Injektion anaphylaktische Erscheinungen auszulösen.

IV. Ueber die Bedeutung der Muchschen Granula im Sputum Tuberkulöser. Kreisassistenzarzt Dr. Marmann-Coblenz.

Es ist bekannt, daß bei Anwendung der zur färberischen Darstellung der Tuberkelbazillen allgemein üblichen Ziehlschen Färbemethode zuweilen Tuberkelbazillen nicht gefunden werden, obgleich die tuberkulöse Natur des betreffenden Untersuchungsmaterials durch histologische Veränderungen und den Tierversuch sichergestellt werden kann. Dies gilt z. B. für tuberkulöse Drüsen, Eiter aus kalten Abszessen u. dergl. Auch hat man in Lungenheilstätten, in denen der Auswurf Tuberkulöser regelmäßig untersucht wird, die Beobachtung gemacht, daß die säurefesten Stäbchen auf Tage und Wochen aus dem Sputum verschwinden können, um dann wieder zu erscheinen. Much konnte nun durch eine besondere Modifikation der Gramfärbung bei experimentell erzeugter Tuberkulose in Organen, welche säurefeste Stäbchen nicht enthielten, feinste grampositive Granula nachweisen; das betr. Material zeigte typische histologische Veränderungen und erwies sich im Tierversuch virulent.

Die Nachprüfung der Muchschen Befunde ergab zunächst, daß in allen Fällen, in denen sich säurefeste Stäbchen finden, bei Anwendung der Muchschen Färbemethode feinste, meist in Reihen angeordnete, grampositive Granula zur Darstellung gebracht werden können. Diese granuläre Form des tuberkulösen Virus konnte weiterhin von vielen Autoren in Material nachgewiesen werden, das säurefeste Stäbchen nicht enthielt, so z. B. in kalten Abszessen, in tuberkulösen Drüsen, in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis tuberculosa, im Sputum Tuberkulöser in den von säurefesten Tuberkelbazillen freien Intervallen.

Im Medizinaluntersuchungsamte Coblenz wurde bei zahlreichen vergleichenden Sputumuntersuchungen ein alleiniges Vorkommen der granulären grampositiven Form nur selten beobachtet; aber des öfteren konnte durch die Grammethode mehr tuberkulöses Virus zur Darstellung gebracht werden, als durch die Ziehlsche; in einer ganzen Anzahl von Fällen, in denen nur vereinzelte säurefeste Stäbchen durch subtile Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden konnten, fand sich die granuläre Form in ziemlicher Menge.

Diese Erscheinungen lassen sich damit erklären, daß der Tuberkelbacillus aus 2 verschiedenen Substanzen besteht, einer nach Ziehl und einer nach Gram darstellbaren. Bei der Ziehlschen Färbung, bei der der Tuberkelbacillus in der Regel als ein homogenes Stäbchen erscheint, wird die sog. Fettwachshülle, bei der Gramschen Färbung eine im Innern der Bazillen befindliche, aus Granula bestehende Substanz zur Darstellung gebracht. Durch Experimente konnte man nachweisen, daß die Färbbarkeit nach Ziehl verloren gehen kann, während die granuläre grampositive Form noch färbbar ist; auch in jungen Tuberkelbazillenkulturen konnte man die grampositive Substanz eher nachweisen, als die säurefeste.

Ebenso wird man bei der Untersuchung von Sputum damit rechnen dürfen, daß zuweilen die säurefeste Substanz nicht zur Darstellung gebracht werden kann, sei es, daß die Fettwachshülle durch irgendwelche Schädigungen verloren gegangen ist, sei es, daß junge Bazillen ausgeschieden werden, die diese Hülle noch nicht gebildet haben. Bei nach Ziehl negativem oder zweifelhaftem Befund wird man daher zweckmäßig die Muchsche Färbung zur Unterstützung bezw. Sicherung der Diagnose mit heranziehen,

An der an die einzelnen Vorträge sich anschließenden Diskussion beteiligten sich u. a. die Herren Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Grisar, die Kreisärzte Dr. Kirchgaesser, Dr. Hilgermann, Dr. Vollmer, Dr. Jannsen und Dr. Mayer.

Zum Schlusse dankte Herr Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Grisar den Vortragenden.

Ein gemeinsames Essen hielt die Teilnehmer noch mehrere Stunden gemütlich beisammen. Dr. Marmann-Coblenz.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i.W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. II.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Stralsund vom 12. August 1912 in Binz.

Die Versammlung hat im Gemeindesitzungssaale zu Binz stattgefunden; es nahmen daran teil die Herren: Reg.-Präsident Blomeyer, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich als Vertreter des Herrn Ministers des Innern, Reg.- und Med.-Rat Dr. Stumm, Prof. Dr. Peiper, Direktor der Kinderklinik in Greifswald, Prof. Dr. Schultze, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald, Badekommissar, Amts- und Gemeindevorsteher, Oberst a. D. Seelmann aus Binz, Landratsamtsverwalter Reg.-Assessor v. Stumpfeldt-Franzburg und die vier Kreisärzte des Bezirks.

Nach Eröffnung der Sitzung um 10½ Uhr und Begrüßung der Teilnehmer durch den Herrn Regierungspräsidenten wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. **Die soziale Fürsorgetätigkeit im Bezirk.** Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beumer, Kreisarzt in Greifswald.

Der Referent behandelte zuerst

1. Den **Stadtkreis Stralsund:** Seit dem 1. April 1908 besteht eine Tuberkulose-Fürsorgestelle, an deren Spitze der Vorsitzende der Armenpflege steht; Fürsorgearzt ist der Kreisarzt, sein Stellvertreter der Kreisassistenzarzt; 2 Gemeindeschwestern unterstützen den Fürsorgearzt. Die Stadt hat 2 Zimmer für die Sprechstunden, die allmonatlich zweimal von 12—1 Uhr stattfinden, zur Verfügung gestellt. In den Sprechstunden sind die Fürsorgeschwestern zugegen, um Handreichungen zu machen und vor allem die Kranken kennen zu lernen. Sie haben diese in ihren Wohnungen zu besuchen und durch Rat und Tat sowohl den Kranken als den Angehörigen beizustehen. Es ist bisher von der prinzipiellen Untersuchung der Familienangehörigen der Erkrankten Abstand genommen worden. Bakteriologische Untersuchungen des Auswurfs auf Tuberkelbazillen werden nur bei unsicherer Diagnose vorgenommen.

An Geldmitteln stehen jährlich 2020 M. zur Verfügung, und zwar: 500 M. von Seiten der Stadt, 300 M. Zuschuß von der Landesversicherungsanstalt, 1150 M. aus verschiedenen Stiftungen, 70 Mark aus privaten Zuwendungen. Diese Gelder werden zur Bezahlung der Gemeinde- resp. Fürsorge-Schwestern, zur Beschaffung von Betten, zu Mietszuschüssen, zur Unterbringung der Kranken in Heil- und Erholungsstätten, sowie in Krankenhäusern, zur Zahnpflege, zur Verabreichung von Soolbädern und Beschaffung von Milch usw. verwandt. In den drei Jahren vom 1. April 1908 bis 1. April 1911 haben 657 Patienten die Fürsorgestelle aufgesucht.

Eine Säuglingsfürsorgestelle ist vom Wöchnerinnen-Unterstützungsverein am 6. Mai 1909 gegründet. Die Hauptaufgabe des Vereins ist z. Zt. die Bekämpfung der künstlichen Ernährung und die Förderung der Ernährung durch die Mutterbrust. — Feststehende Einnahmen besitzt der Verein nicht. Von der Stadt Stralsund sind bisher jährlich 300 M. gezahlt und zwei Räume im Arbeitshause zur Abhaltung der Sprechstunde unentgeltlich zur Verfügung gestellt worden. Im laufenden Jahre hat Kammerherr Dr. v. Behr-Pinnow der Fürsorgestelle 500 M. überwiesen. Andere Mittel hat der Verein nicht. Alle 14 Tage, in der heißen Jahreszeit alle 8 Tage, findet eine Sprechstunde statt, in welcher die Mütter belehrt und beraten werden, die Untersuchung der Kinder stattfindet und deren Gewicht festgestellt wird. Die Stillprämien, die nur in Naturalien bestehen, werden insgesamt sechsmal bewilligt. Ein Vierteljahr nach der Entlassung aus der Fürsorge-Sprechstunde ist das Kind wieder vorzustellen. Die Mutter erhält dann abermals eine Naturalprämie, wenn sie noch nährt. Eine Schlußvorstellung findet mit der Vollendung des ersten Lebensjahres statt; erweist das Kind sich dabei als gut genährt, so erhält die Mutter eine Geldprämie von 3 Mark.

Endlich ist im Jahre 1910 eine Trinkerfürsorgestelle gegründet. Es wird wöchentlich eine Sprechstunde abgehalten. In einer von der Fürsorge-

stelle errichteten Kaffeehalle am Hafen werden Kaffee, Limonade, Selterwasser und sonstige alkoholfreie Getränke verabreicht. Im Jahre 1911 sind 22236 Becher Kaffee, 4432 Flaschen Limonade, 1392 Flaschen Selters verabreicht. Ferner werden bei jeder sich bietenden Gelegenheit Merkblätter verteilt, namentlich durch die Impfärzte, Pastoren, Küster und durch die Gewerbeinspektion. Die Mittel der Fürsorgestelle müssen z. Zt. nicht unbedeutend sein, da allein in einem Jahre für 16 Familien von Trinkern 6500 M. verwandt sind.

2. **Kreis Rügen:** Hier besteht seit fast 2 Jahren eine Tuberkulose-Fürsorgestelle in Bergen, deren Vorstand der Kreisausschuß und deren Arzt der leitende Arzt des Kreiskrankenhauses ist. In dem Kreiskrankenhause finden unentgeltliche Sprechstunden jeden 2. und 4. Freitag im Monat statt. Eine Fürsorgeschwester ist nicht vorhanden. Es sind jährlich 100 M. zur Beihilfe für Erkrankte bereit gestellt.

Ueber den Umfang der Tätigkeit der Fürsorgestelle ist nichts näheres bekannt.

3. **Kreis Grimmen:** Eine Tuberkulose-Fürsorgestelle ist zwar nicht vorhanden, aber es ist aus Kreismitteln bereits ein Betrag von 20000 M. angesammelt worden, der durch Ueberschüsse aus der Kreissparkasse bis auf 50000 M. erhöht werden wird, dessen Zinsen zur Bekämpfung der Tuberkulose verwendet werden sollen. Mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden Mitteln — 1000 M. — werden Tuberkulöse in Lungenheilstätten untergebracht.

Der Säuglingspflegeverein, der unter dem 5. Oktober 1910 ins Leben gerufen worden ist und sich über den ganzen Kreis erstreckt, verfolgt den Zweck, durch persönliche Einwirkung seiner Mitglieder

a) eine sachgemäße Wochenbetts- und Säuglingspflege und die Bekämpfung der Kinder-, insbesondere der Säuglingssterblichkeit,
b) das Selbststillen der Mütter aus allen Ständen der Bevölkerung zu fördern,
c) für die in fremder, d. h. nicht mütterlicher, Pflege befindlichen Säuglinge und Kinder bis zum schulpflichtigen Alter zu sorgen.

Durch die Uebernahme des Hebammenwesens auf den Kreis — Anstellung von Kreishebammen mit festem Gehalt — suchte der Landrat auch diese ersten Beraterinnen der Wöchnerinnen in den Dienst des Vereins zu stellen. Durch besondere Dienstvorschriften wurden den Hebammen genaue Verhaltungsmaßregeln im Interesse der Säuglingspflege gegeben, und dieselben gleichzeitig angewiesen, mit der zuständigen Aufsichtsdame des Vereins Fühlung zu halten, dieser jeden Geburtsfall alsbald anzuzeigen und sie von allen für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wichtigen Vorfällen und Maßnahmen in ihrer Praxis auf dem Laufenden zu erhalten. Endlich wurden auch die Ortspolizeibehörden aufgefordert, sich des Haltekinderwesens anzunehmen durch Aufstellung von Listen über die Haltekinder, sowie über geeignete Persönlichkeiten zur Aufnahme derselben, durch die Abgabe der Haltekinderlisten an die betreffende Aufsichtsdame usw.

Bei der kurzen Zeit des Bestehens des Vereins kann von wesentlichen Erfolgen noch nicht gesprochen werden.

4. **Kreis Greifswald:** Eine Tuberkulose-Fürsorgestelle ist in der Stadt Greifswald im Früjahr 1906 ins Leben gerufen; sie wird von dem Dezernenten für das Armenwesen und dem Direktor der medizinischen Poliklinik geleitet. Außerdem ist ein Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Stadt Greifswald gegründet, dem zahlreiche Personen beigetreten sind; durch die jährlichen Beiträge werden die notwendigen Geldmittel für die Fürsorgestelle beschafft. Als Fürsorgedame anstelle einer Schwester ist eine geeignete Persönlichkeit angestellt. Die Sprechstunden finden in den Räumen der medizinischen Poliklinik jeden Mittwoch von 6 Uhr abends an statt, bezw. täglich, da die in den täglichen Sprechstunden der medizinischen Poliklinik sich meldenden, tuberkulösen Kranken der Fürsorgestelle überwiesen werden. Die Durchschnittsfrequenz der Sprechstunden beträgt 15—20 Kranke. Die Erkrankung eines Familienmitgliedes gibt stets die Veranlassung zur Untersuchung aller Familienmitglieder, wie auch vor allem die Untersuchung des Auswurfes von Seiten des hygienischen Instituts fast überall ausgeführt wird, wo überhaupt nur Auswurf von den Kranken zu erhalten ist.

Die Fürsorgerin hat im Jahre 1911 456 Besuche bei einzelnen Kranken und in Familien abgestattet. Desinfektionen sind im letzten Jahre auf Ver-

anlassung der Fürsorgestelle 25mal bei Todesfällen, 7mal beim Wohnungswechsel Tuberkulöser ausgeführt.

Das Gesamtvermögen des Vereins beträgt z. Zt. 20487 Mark mit Einschluß des Wertes der Walderholungsstätte Jeeser, die im Sommer 1910 in den der Stadt Greifswald gehörenden Waldungen, dicht bei der Eisenbahnstation Jeeser, von dem Verein eröffnet worden ist. Sie ist in 15 Minuten Fahrtdauer mehrmals am Tage zu erreichen. Die Stadt Greifswald hat dem Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose für die Zwecke der Walderholungsstätte ein Terrain von 2500 qm gegen eine jährliche Anerkennungsgebühr von drei Mark überlassen. — Die Walderholungsstätte ist im Jahre durchgehends 3—4 Monate im Betrieb. Es handelt sich im wesentlichen um Betrieb bei Tag, wofür 1,50 M zu zahlen ist, in beschränktem Maße auch um Nachtbetrieb — 12 Betten — mit 2 Mark Kosten. Der jährliche Besuch hat bisher 60—70 Personen betragen, die im letzten Berichtsjahr aus Greifswald, Stralsund, Jarmen usw. stammten. Für 45 Schulkinder gab die Stadt Greifswald 600 M. Beihilfe. Die Ausgaben für die Walderholungsstätte im letzten Berichtsjahre betrugen 4190 M., die Einnahme 5870 M.; die ersteren setzten sich zusammen aus Verpflegungskosten, Fahrkarten, Verwaltung usw.

Eine Säuglingsfürsorgestelle ist im Jahre 1906 im Anschluß an die Universitäts-Kinderklinik eingerichtet. Die Geldmittel werden fast ausschließlich durch Privatwohltätigkeit aufgebracht; nur die Stadt gibt einen jährlichen Zuschuß von 300 Mark. Die Kosten der Fürsorge sind von Jahr zu Jahr gestiegen, sie betragen jetzt jährlich 2000 M. Allwöchentlich findet eine Sprechstunde in der Kinderklinik statt, die im Jahre von 120—125 Müttern besucht wird, so daß 1/8 aller ehelichen Mütter sich hier Rat holen. Dieser lebhafte Besuch ist wesentlich zurückzuführen auf den Besuch der Fürsorgepflegerin, den diese jeder in Betracht kommenden Mutter möglichst nach der Geburt abstattet; sie macht dabei die Wöchnerin noch besonders auf die Bedeutung der natürlichen Ernährung aufmerksam und ladet sie zum Besuche der Fürsorgestelle ein.

Die die Fürsorgestelle aufsuchenden Mütter werden unter Ueberreichung eines Merkblattes, Belehrung über die Bedeutung des Selbstnährens für Mutter und Kind, beraten und belehrt, die Kinder genau untersucht, gewogen, ärztlich behandelt usw. Alle 14 Tage erscheinen die Mütter mit ihren Kindern in der Sprechstunde, sie haben dort den Nachweis des Selbstnährens zu erbringen und erhalten zu ihrer Kräftigung eine Beihilfe in Naturalien, und zwar monatlich zweimal, im ganzen zehnmal, so daß die Mütter bis Mitte oder Ende des 6. Monats unter der Beobachtung der Fürsorgestelle stehen. Um die Stilldauer möglichst zu erhöhen, wird denjenigen Müttern, die 3 Monate nach ihrem Ausscheiden aus der Fürsorge den Säugling noch an der Brust haben, eine Prämie von 3 Mark gegeben. Bei der großen Wärme dieses Sommers erhielt jede Mutter eine selbstgefertigte, mit feiner Holzwolle gefüllte Matratze und Kopfkissen. Die Reinigung und Nachfüllung ist einfach und billig.

Alljährlich finden Vortragskurse über Säuglingspflege statt, deren starker Besuch das Interesse der Bevölkerung beweist. Durch die Fürsorgestelle werden allmonatlich 500 Exemplare der Monatsschrift „Mutter und Kind" an sämtliche vorpommersche Kreise zur Versendung an Hebammen, Lehrer, Aerzte usw. gegeben.

Auf diese Maßnahmen ist es wohl zurückzuführen, daß in der Stadt Greifswald die Stilltätigkeit sich von 56,7 % im Jahre 1907 auf 77,4 % im Jahre 1912 gehoben hat und die Säuglingssterblichkeit von 21 % der Jahre 1901/05 auf 17 % in den Jahren 1906/10 gesunken ist.

Eine Trinkerfürsorgestelle ist in Greifswald im Jahre 1909 gegründet. An ihrer Spitze stehen ein Mitglied des evangelischen Frauenbundes und ein Mitglied des Blaukreuz-Vereins und halten regelmäßig wöchentlich eine Sprechstunde in den Räumen des Blaukreuzvereins ab. Ein Fürsorgearzt ist nicht vorhanden. Die Mithilfe des Kreizarztes und des Direktors der psychiatrischen Klinik wurde dankend abgelehnt. Die Fürsorgestelle verfügt nur über einen Betrag von 100—150 M. jährlich, der von der Landesversicherungsanstalt zur Verfügung gestellt und bisher für Plakate, Inserate, Merkblätter, sowie für Heizung, Beleuchtung, Benutzung der Räumlichkeiten verwandt ist.

Referent hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Sowohl an den staatlichen Fürsorgebestrebungen, wie sie

durch die soziale Gesetzgebung gegeben, als auch an den Fürsorgebestrebungen überhaupt hat der beamtete Arzt nach Möglichkeit teilzunehmen; er ist der geeignete Fürsorgearzt seines Bezirks.

2. Von den Fürsorgebestrebungen heutiger Zeit stehen im Vordergrund diejenigen zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Säuglingssterblichkeit, des Alkoholmißbrauchs.

3. Unter den Genannten sind die Bestrebungen gegen die Säuglingssterblichkeit an erster Stelle zu berücksichtigen; denn hohe Säuglingssterblichkeit und weitere Abnahme der Geburtenzahl werden die weitere Zunahme der Bevölkerung erheblich vermindern bezw. unmöglich machen.

4. Alle geeigneten Maßnahmen gegen die Säuglingssterblichkeit sind zu unterstützen, von ihnen ist die Bekämpfung der künstlichen Ernährung das wesentlichste, ohne erhebliche Geldmittel durchzuführende und bezüglich des Erfolges sicherste.

5. Die Bekämpfung der Tuberkulose hat sich nunmehr auch gegen die vorgeschrittenen Krankheitsfälle zu wenden, da sie als krankheitsübertragende besonders zu fürchten sind.

6. Die Trinkerfürsorgestellen werden bessere Erfolge zeitigen, wenn sie im Verein mit den Guttemplerorden und den Blaukreuzvereinen neben der Sorge für den Trinker sich den Bestrebungen gegen den Alkoholgenuß überhaupt zuwenden.

An der **Diskussion** beteiligten sich die Herren Reg.-Präsident Blomeyer, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Stumm und Prof. Dr. Peiper.

Geh. Rat Dr. Dietrich wies besonders darauf hin, daß es nötig sei, die ganzen Fürsorgebestrebungen zu zentralisieren, da das Auseinandergehen in den einzelnen Fürsorgebestrebungen nur schade, das Zusammenarbeiten aber eine Verstärkung der Wirkung herbeiführen könne. Es empfehle sich, möglichst in jeder Kreisstadt eine Zentralstelle zu errichten, die durch den Landrat geleitet und durch den Kreisarzt medizinisch-technisch beraten wird.

Der Regierungspräsident machte Mitteilung von den seitens der Kommunalverbände des Bezirks beabsichtigten humanitären Stiftungen anläßlich der bevorstehenden Feier der 100jährigen Zugehörigkeit von Neuvorpommern zur Krone Preußen (1915), der Gründung eines Säuglingsheims in Greifswald und eines Rekonvaleszentenheims in Stralsund.

II. Die gesundheitlichen Einrichtungen in den Seebädern des Bezirks. Referent: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Gerloff in Stralsund.

Nachdem der Referent die Entwicklung des Verkehrs in den Badeorten durch Gegenüberstellung der betreffenden Zahlen in den Jahren 1883, 1893 und 1903 geschildert hatte, erörterte er im einzelnen die durch die Min.-Erlasse vom 24. Januar 1903 und 28. Januar 1908 den nachgeordneten Behörden zur Durchführung aufgegebenen Mindestforderungen für Kur- und Badeorte. Dabei hat besonders die Beschaffung von zwei geeigneten Isolierräumen zur Aufnahme von Kranken mit ansteckenden Krankheiten und zur Wohnung des Pflegers oder der Pflegerin Schwierigkeiten gemacht; denn diese Räume sollen nicht nur vorhanden, sondern auch jederzeit betriebsfähig sein, erfordern also dauernde Ausgaben. In den kleineren Badeorten mußte deshalb von der Durchführung dieser Forderung Abstand genommen werden. Referent führte weiter aus, daß sich in allen in Betracht kommenden Badeorten die Beschaffung eines isolierten Leichenraumes durch einen Anbau an das Spritzenhaus und die Aufstellung von Spucknäpfen leicht ermöglichen ließen, und daß auch durch die Anstellung von Desinfektoren und die Bereitstellung von Desinfektionseinrichtungen den Gemeinden keine erheblichen Aufwendungen erwüchsen. Auch die Forderungen der Bereitschaft ärztlicher Hilfe, ausreichender Arzneiversorgung, geschulter Krankenpflege und der Möglichkeit, gutes Eis für Kranke zu erlangen, werde sich bei den heutigen Verkehrsmitteln ohne große Schwierigkeiten durchführen lassen. Schwieriger und mit erheblichen Kosten verknüpft seien die geforderte einwandfreie Wasserversorgung, sowie die Abwässerbeseitigung. Zentrale Wasserleitungen sind nur vorhanden in den Badeorten Saßnitz, Binz, Sellin, Göhren, in denen auch Kanalisation eingerichtet ist.

Ref. ging weiterhin auf die Rettungseinrichtungen in den Badeanstalten ein, die einwandfrei beschaffen sein und tadellos funktionieren müssen.

In jeder Badezelle sind Warnungen vor dem Gebrauch kalter Seebäder ohne vorherige ärztliche Untersuchung für blutarme und kranke Personen, namentlich für junge Frauen und Kinder, die besonders gefährdet sind, anzubringen. Da die Badeverwaltungen gewöhnlich keinen oder nur geringen Lohn zahlen und die Bedientesten allein auf Trinkgelder angewiesen sind, sei es schwer, geeignetes Badepersonal zu bekommen. Auch in der kleinsten Badeanstalt sollten 2 Bedienstete vorhanden sein, von denen einer nur allein die Beobachtung der Badenden übernehmen und des Schwimmens kundig sein müsse. Ebenso dürfe in keiner Badeanstalt eine Krankenzelle, ausgerüstet mit Ruhebett und Matratze, wollenen Decken, einigen Arzneimitteln usw. fehlen.

Im weiteren sollten die Wohnungen vor der Vermietung wenigstens da, wo eine Gesundheitskommission besteht, von dieser besichtigt und dabei festgestellt werden, vieviel Personen sie im Höchstfall Unterkunft bieten dürfen. Außerordentlieh wichtig sei die Beaufsichtigung der Gastwirtschaften und des Nahrungsmittelverkehrs. Da der Bedarf an Nahrungsmitteln durch die ansässigen Lieferanten infolge des schnellen Anwachsens der Besucherzahl nicht gedeckt werden könne, werde der größte Teil von auswärts bezogen.

Zum Schluß wurden noch kurz die Maßnahmen zur Bekämpfung und Verhütung übertragbarer Krankheiten in den Badeorten berührt. Durch Verfügung des Regierungspräsidenten vom 6. Juli 1910 ist angeordnet worden, daß die Kreisärzte jeden in den Badeorten auftretenden Fall von Masern und Keuchhusten anzuzeigen haben.

Die Belästigung durch die Mücken- und Schnakenplage wurde mit wenigen Worten gestreift.

Die vom Referenten aufgestellten Leitsätze lauten:

1. Der zunehmende Fremdenverkehr in den Ostseebädern erfordert erhöhte Ansprüche an ihre gesundheitlichen Einrichtungen und eine stete Ueberwachung derselben.

2. Jedes Seebad, auch das kleinste, muß seine Badeanstalt zweckmäßig einrichten und einen geordneten Badebetrieb einführen.

3. Die durch die Min.-Erlasse vom 24. Januar 1903 und 28. Januar 1908 festgelegten gesundheitlichen Mindestforderungen für Kur- und Badeorte entsprechen den gegebenen Verhältnissen und sind auf Grund der Seuchengesetze und des Polizeiverwaltungsgesetzes durchführbar. Für kleinere Badeorte können Erleichterungen gestattet werden.

4. Für ausreichendes und geeignetes Badepersonal, das in der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen, im Rudern und Schwimmen ausgebildet ist, muß gesorgt werden.

In Damen-Badeanstalten ist außer dem weiblichen Badepersonal ein Mann als Badewärter anzustellen.

5. Die Rettungseinrichtungen und das Badepersonal sind durch Revisionen und Probealarmierungen während der Badezeit wiederholt zu prüfen.

6. In jedem Badeorte ist eine Kontrolle der Wohnungen, der Gastwirtsehaften und der Nahrungsmittel erforderlich.

7. Die Bekämpfung der Mückenplage ist erwünscht.

In der Diskussion wurde unter Hinweis auf einen vor kurzem eingetretenen Unglücksfall die Frage aufgeworfen, ob Wiederbelebungsversuche dabei von Erfolg gewesen wären, wenn ein Sauerstoff-Apparat vorhanden gewesen wäre, und ob demgemäß ein Sauerstoff-Apparat unbedingt zu den Rettungseinrichtungen zu gehören habe.

Der Reg.- u. Med.-Rat beantwortete die Frage dahin, daß beim Ertrunkenen stets der Hauptwert auf die Einleitung und Ausführung der künstlichen Atmung gelegt werden müsse, und eine gute Ausbildung des Badepersonals darin dringend erforderlich sei. Ein Sauerstoff-Apparat könne die künstliche Atmung nie ersetzen.

Weiterhin wurde die Frage erörtert, ob es sich empfehlen würde, eine allgemeine Polizeiverordnung zu erlassen, nach der in allen Ortschaften mit öffentlichen Badeanstalten das Baden außerhalb der Zone verboten wird. Ein solches Verbot wurde für undurchführbar erklärt.

Zum Schluß wies Kreisarzt Dr. Frank auf die Gefahr hin, die der einheimischen Bevölkerung der Insel Rügen durch die Einschleppung von Geschlechtskrankheiten seitens der Fremden erwachse. Aus den Listen der Rügenschen Kreiskrankenkasse des Jahres 1911 gehe hervor, daß in den

Bädern an Tripper 31, Syphilis 2, Syphilisverdacht 7 und Schanker 1 Person erkrankt waren.

Nach einer kurzen Debatte über diesen Punkt wurde die Sitzung um 2 Uhr nachmittags geschlossen.

Nach der Mittagspause wurden die Binzer Badeanstalten — **Kalt- und** Warmbäder — eingehend besichtigt und in den ersteren verschiedene Rettungsmanöver ausgeführt. Das Badepersonal erwies sich dabei als sachgemäß ausgebildet. In den Badeanstalten waren die Rettungseinrichtungen vollständig vorhanden und in Ordnung. Dr. Stumm-Stralsund.

Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungs-Bezirks Erfurt am 14. Dezember 1912 zu Erfurt.

Anwesend sind die Herren: Reg.-Präs. v. Fidler, Geh. Med.-Rat und vortragender Rat im Ministerium des Innern Dr. Krohne, Ob.-Reg.-Rat Lewald, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Räuber, Oberbürgermeister Schmidt von Erfurt, Landrat Voigt des Landkreises Erfurt, Reg.-Rat Meinecke, Veterinärrat Holtzhauer, Kreisarzt a. D. Dr. Haebler-Nordhausen, sämtliche Kreismedizinalbeamten des Bezirks, sowie Dr. Brehmer, Vorsteher der Säuglingsfürsorgestelle zu Erfurt, Dr. Breier-Erfurt, staatsärztlich geprüft, und Dr. Ludwig, Vorsteher des Nahrungsmitteluntersuchungsamtes zu Erfurt.

Es wurde zunächst um 12½ Uhr die Säuglingsfürsorgestelle für Erfurt besichtigt. In einer zu diesem Zweck angesetzten Sprechstunde erklärte Herr Dr. Brehmer, der Leiter, den Betrieb derselben.

Die eigentliche Versammlung wurde danach vom Herrn Reg.-Präsidenten im Regierungspräsidialgebäude um 1½ Uhr eröffnet. Er sprach zunächst den Dank an den Herrn Minister aus für die diesmalige Erlaubnis zur Versammlung und die Entsendung des Herrn Geheimrats Dr. Krohne und übertrug darauf die Leitung dem Herrn Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Räuber, der ebenfalls dem Herrn Minister für die Bewilligung der Mittel zur Abhaltung der Versammlung dankte.

I. Versorgung der städtischen Bevölkerung mit guter Milch unter Berücksichtigung der Säuglingssterblichkeit und mit besonderer Berücksichtigung der Stadt Erfurt (Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch Milch, Versorgung der Kinder der ersten Lebensjahre mit einwandfreier Milch). Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Kreisarzt Dr. Heydloff-Erfurt: Die Frage der Versorgung der Städte mit guter Milch ist bisher noch nicht ausreichend gelöst worden. Abgesehen von vielen Schäden dieses Handels, die gar nicht an die Oberfläche treten und deshalb den Meisten unbekannt sind, handelt es sich in der Hauptsache um Milchverfälschungen, die in erstaunlichem Umfange betrieben selbst durch hohe Strafen nicht vermindert worden sind.

Schlechte Milch kommt zunächst in den Handel durch

1. an ansteckenden versteckten Krankheiten leidende Kühe (Tuberkelbazillen, andere Eitererreger),
2. mangelhafte Ordnung und Sauberkeit in den Ställen, ungenügende Reinigung der Euter,
3. unsaubere Hände und Kleider der Melker (Bazillenträger),
4. unsaubere Milchgefäße,
5. ungenügende Kühlung, bis sie in die Hände des Käufers gelangt (Fehlen von Kühlvorrichtungen). Dies geschieht oft erst nach 12—20 Stunden,
6. Verunreinigung im Zwischenhandel (Umschütten aus größeren in kleine Gefäße auf den Straßen, Staub auf letzteren, Unsauberkeit der Händler und ihrer Meßgefäße),
7. Wässern der Milch bis zu 75 % (Gefahr durch schlechtes Wasser).

Diesem Unwesen hat durch Polizeiverordnungen ein Ende bisher noch nicht bereitet werden können, da deren Ausführung genügend weder überwacht wird, noch werden kann (zu große Anzahl von Gewinnungsstellen, mangelnde Mittel der Stallbesitzer zur Herbeiführung der geforderten Verbesserungen des Stallwesens). Auch die etwaige Anordnung der Behörden zur Beschaffung von Pasteurisierungsapparaten durch die Landwirte ist unzulänglich; denn erstens sind diese Apparate zu kostspielig, außerdem kann man nicht das Vertrauen haben, daß sie in der vorgeschriebenen Weise gehandhabt werden.

Abhilfe ist nur zu schaffen, wenn die Milch in den Städten an einer Stelle (Milchzentrale, Milchhof) gesammelt und hier zweckentsprechend geprüft und behandelt wird. Die Schaffung derartiger Milchhöfe müßte durch Erlaß eines Gesetzes geschehen, ähnlich denen über die Einrichtung öffentlicher Schlachthäuser vom 18. März 1868 und 9. März 1881. Diese Milchhöfe sind dann in unmittelbarer Verbindung mit dem Schlachthause einzurichten, da hier die notwendigen Einrichtungen zur Erzeugung von Dampf, Leitungen für kaltes und warmes Wasser, Kühlanlagen schon vorhanden sind.

Zur Untersuchung der Milch sind Nahrungsmittelchemiker anzustellen. Die Untersuchung muß sich erstrecken auf Temperatur bei der Einlieferung, Feststellung des spezifischen Gewichts, Gerinnungsfähigkeit, Säuregrad, Schmutzgehalt, Bestimmung des Fettgehaltes und der Trockensubstanz, Keimgehalt und eventuell der Keimarten (Typhusbazillen).

Weiterhin müßte die Stadt gewissenhafte Händler anstellen, deren Läden eine zweckmäßige Verteilung in der Stadt erführen. Der gesamte Milchausschank im Laden und auf der Straße hat sich nach dem Küchlerschen System zu vollziehen (Lieferung von je einem großen Behälter für den Laden und Wagen des Händlers, welch ersterer im Milchhof gefüllt und plombiert wird und ein gedecktes Meßgefäß, ähnlich wie man es an den Verkaufsapparaten von Petroleum sieht, an sich trägt). Eine Rentabilität wird zahlenmäßig nachgewiesen.

Berichterstatter ist sich wohl bewußt, daß dieser Monopolisierung des Milchhandels der Grundsatz der Gewerbefreiheit entgegensteht; ohne dieses Monopol dürfte aber die Aufgabe, gute Milch für alle Schichten der Bevölkerung zu schaffen, nicht zu lösen sein. Es ließe sich ein dahingehendes Gesetz wohl schaffen entsprechend dem Süßstoffgesetz vom 7. Juli 1902.

II. Die Säuglingssterblichkeit auf dem Lande und ihre Bekämpfung. Der Berichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Ebhardt in Langensalza, legt seinen Ausführungen die Verhältnisse seiner beiden Dienstkreise Langensalza und Weißensee zu Grunde. Er führt zunächst an, daß unter dem Einfluß der zahlreichen hygienischen Verbesserungen in den Städten die Kurve der Kindersterblichkeit seit 1906 im allgemeinen in Preußen bereits in den Städten niedriger ist als auf dem Lande. Dennoch sei ein bedeutender Unterschied in der Sterblichkeit in den beiden Kreisen als ländlichen Kreisen zu erkennen.

Bei der Aufsuchung der Gründe wird zunächst der etwaige Unterschied in der Bildung von Stadt und Land, und weiter die verschiedene Höhenlage der Ortschaften in Erwägung gezogen. Der erstere Punkt fällt fort, während die höhere Lage der Orte des Kreises Langensalza gegenüber der tieferen im Kreise Weißensee als Grund für die geringere Sterblichkeit in ersterem angesehen wird. (Kühlere Nächte.) Wichtig sind dann die bessere Bodenbildung und die günstigeren Wasserversorgungsverhältnisse im Kreise Langensalza. Eine industrielle, die Kindersterblichkeit etwa ungünstig beeinflussende Beschäftigung der Frauen kommt in keinem der beiden Kreise in Betracht. Während nun in beiden Kreisen die Verhältnisse der Stadt- und Landbevölkerung annähernd die gleichen sind, fällt im Kreise Langensalza die größere Wohlhabenheit ins Gewicht, anderseits im Kreise Weißensee die grössere Anzahl der unehelichen Geburten und damit die größere Sterblichkeit der unehelichen Kinder. Durch das Haltekinderwesen wird die höhere oder niedere Säuglingssterblichkeit in beiden Kreisen nicht beeinflußt; dazu ist die Zahl der Haltekinder zu gering.

Weiterhin hat Berichterstatter annehmen zu müssen geglaubt, daß die höhere Sterblichkeit im Kreise Weißensee etwa in dem Umstande der schlechteren Haltung des Kindes, d. h. vorzugsweise auf einer ungenügenden Aufzucht an der Mutterbrust zu suchen wäre. Zuverlässige Zahlen hierüber waren jedoch nicht zu bringen. Dahingehende, an die Mütter während der Nachschautermine gestellte Fragen ergaben meist wenig zuverlässige Antworten. Besonders übertreiben die Frauen bei Angabe von Stillunfähigkeit. Es steht fest, daß die Stillfähigkeit selbst bei angestrengter körperlicher Arbeit nicht sehr abnimmt, wofern nur ausreichende Ruhepausen und gute Nahrung gegeben werden. Letzteres ist aber bei der Landbevölkerung wohl möglich. Allerdings kann die Milchmenge abnehmen, wenn der Saugreiz durch das Kind zu selten ausgeübt, das Kind also nicht an die Brust gelegt wird.

Wenn nun in Betracht gezogen wird, daß in beiden Kreisen eine genügende Menge von Milchvieh zur Ernährung gesunder und eine ausreichende Anzahl Aerzte zur Behandlung kranker Kinder vorhanden sind, so muß der Hauptgrund der größeren Säuglingssterblicheit im Landkreise Weißensee immerhin in einer unzweckmäßigen Kinderhaltung, vor allem einer ungenügenden Stillung durch die Mutter gesucht werden. Diesen Uebelständen wird durch Belehrung entgegengetreten werden müssen, vor allen Dingen durch Merkblätter, Hinweis auf dieselben durch die Hebammen, Belehrung der Mütter durch die letzteren. Die Hebammen müßten wiederum in den Hebammenlehranstalten, noch besser aber durch Kinderärzte in der Säuglingsernährung unterrichtet werden. Sie müßten außerdem die Säuglinge und ihre Ernährung überwachen. Freilich würden in der Kinderpflege ausgebildete Pflegerinnen noch besseres leisten können, jedoch sind diese vorläufig nur für größere Städte zu erreichen, da sie große pekuniäre Opfer erfordern.

Alle Fürsorgebestrebungen nach dieser Richtung müßten sich in den ländlichen Bezirken in der Person des Kreisarztes vereinigen, der die Mittelsperson zwischen den Hauptstellen und den örtiichen Einrichtungen spielen müßte. Dem Kreisarzte muß es auch am Herzen liegen, die Mütter selbst zu belehren. Dies ist bei den Nachschauterminen möglich.

Eine weitere Möglichkeit, auf die Mutter einzuwirken, bieten die Frauenvereine, in denen der Kreisarzt Vorträge halten muß, und die Wander-Wohlfahrtsausstellungen.

Betreffs der Versorgung der künstlich ernährten Säuglinge hebt der Berichterstatter hervor, daß die Beschaffung einwandfreier Milch oft sehr schwierig sei. Schon in den Ställen werde die Milch meist stark verunreinigt, und ihre weitere Behandlung ist dann auch oft nicht einwandfrei. Langwieriger Transport auf den Landstraßen in Sommerhitze, unzweckmäßige Behandlung in den Molkereien und bei den Zwischenhändlern. Auf dem Lande und in kleineren Städten kann hier Abhilfe geschaffen werden durch Haltung eigenen Viehes, etwa einer Ziege, und durch Aufklärung der Bauern in den landwirtschaftlichen Vereinen. Für größere Städte müssen scharfe Polizeiverordnungen neben Beaufsichtigung der Zwischenhändler durch die Polizei geschaffen werden.

Zum Schluß befürwortet Referent noch die Einrichtung des Unterrichtes der Jugend in den Schulen und Fortbildungsschulen in der Hygiene der Nahrungsmittel und Kinderbehandlung, weiterhin die Einrichtung des praktischen Dienstjahres für das weibliche Geschlecht.

Für die beide Vorträge umfassende

Diskussion

schlägt Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Räuber folgende drei Punkte vor:

1. Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen,
2. Beschaffung guter Milch für Säuglinge und
3. Beschaffung guter Milch für die ganze Bevölkerung.

Er fordert, mit Rücksicht auf Punkt 1: Säuglingsfürsorgestellen alle Kreisärzte auf, die Errichtung solcher anzustreben, da sie sicherlich nicht bloß in den Städten, sondern auch auf dem Lande möglich sei. Er schlägt vor, Vermittelungsstellen in jedem Kreise einzurichten mit Heranziehung der Hebammen und Anstellung von Helferinnen.

Dr. Jorns-Nordhausen rät ab von etwaiger Gründung mehrerer Vereine im Kreise, da diese sich als Konkurrenten gegenseitig stören könnten. Die Kontrolle müßte eine einheitliche sein. Die Hauptsache sei die ärztliche Ueberwachung und eine solche durch Helferinnen im Hause der Mutter. Es fänden sich immer bessere Damen (Frauen von Pastoren und Töchter von solchen). Die Hebammen seien zu teuer. Ein Verlaß auf die Aerzte sei auch nicht immer vorhanden, da sie Bezahlung verlangten.

Kreisarzt Med.-Rat Dr. Ebhardt-Langensalza bestreitet den Wert der Hilfe von Frauen und Töchtern der Pastoren, da diese in hygienischen Fragen keine Kenntnis besäßen. Für das Land seien Helferinnen aber problematisch wegen der weiten Entfernungen.

Dr. Brehmer glaubt, daß sich auf dem Lande Fürsorgestellen mit Helferinnen einrichten lassen, die freilich honoriert werden müßten. Freiwillige verlören bald das Interesse.

Geheimrat Dr. Krohne legt den größten Wert auf die Hebammen;

nur diese habe man in der Hand. Vor allem warnt er aber davor, den Hebammen von Stillunfähigkeit zu sprechen. Die Mütter könnten beirrt werden und einen derartigen Vorwand hervorkehren.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Räuber weist darauf hin, daß man mit besseren Damen als Helferinnen im Kreise Düren gute Erfahrungen gemacht habe.

Ob.-Reg.-Rat Lewald empfiehlt, es vorläufig mit den Hebammen zu versuchen, da diese doch da seien, die anderen aber erst neubeschafft werden müßten. Vor allem müßten die örtlichen Verhältnisse die Richtschnur geben.

Dem stimmt der Herr Regierungspräsident zu und schlägt vor, in den Städten vor allem Helferinnen anzustellen.

Geheimrat Dr. Krohne meint, es käme auf die Person an, die auf die Helferinnen einwirkte, und auf eine gewisse psychologische Macht über diese.

Zu Punkt 2: Beschaffung guter Milch für Säuglinge, erklärt Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Räuber, daß Fürsorgestellen ohne Milchküche nicht auskommen. Man müsse einen Vertrag mit einem Produzenten machen und diesen unter ärztliche Kontrolle stellen.

Dr. Brehmer: Eine kleine Milchküche ist notwendig für eine Fürsorgestelle. Es darf aber nur Milch auf ärztliche Verordnung abgegeben werden, um jede Ausnutzung zu verhindern. Letztere verursache nur Störung und Verschlechterung des Betriebes. Zu große verabfolgte Mengen von Milch verderben zu Hause, und dann verursache diese Milch Krankheiten.

Geheimrat Dr. Krohne: Die Errichtung einer Milchküche ist nicht immer nötig im Anschluß bloß an eine Fürsorgestelle; sie kann auch selbstständig bestehen.

Veterinärrat Holtzhauer spricht sich für Milchhöfe aus. Freilich bestehe wohl kein Zweifel an der Schwierigkeit der Einrichtung einer derartigen Zentralisation. Daher könnten vorläufig strenge Polizeivorschriften geschaffen werden. Für Erfurt schlägt er Anschluß der Milchküche an den Schlachthof vor, da hier ein Bakteriologe und ein Tierarzt vorhanden wären.

Geheimrat Dr. Krohne: Ohne gesetzliche Bestimmung sei eine Milchzentrale nicht zu schaffen. Eine derartige Monopolisierung des Handels sei aber wohl unmöglich. Daher kämen nur Milchküchen in Betracht.

Herr Regierungspräsident: Ein gutes Resultat der Gewinnung von einwandfreier Milch scheitert schon meist an dem unglaublichen Schmutz der meisten Ställe und der schlechten Einrichtung der letzteren. Er verhehle sich nicht, daß die Kreisärzte hier wenig Einfluß hätten, doch könnten sie durch Vorträge in den landwirtschaftlichen Vereinen Gutes stiften. Die Bauern müssen aufgeklärt werden.

Da die Zeit zu weit vorgeschritten ist, muß von einer weiteren Diskussion Abstand genommen werden.

Schluß der Sitzung um 4³/₄ Uhr. An die Versammlung schloß sich das übliche Essen an. Dr. Ehlers-Großkamsdorf.

Bericht über die XXV. (Jubiläums-) Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins vom 23. November 1912 in Schwerin.

Anwesend waren: vom Großherzogl. Ministerium, Abteil. für Medizinalangelegenheiten die Herren Geh. Min.-Rat Kundt und Min.-Assessor Dehns, als Gäste die Herren Peeck-Parchim und Strecker-Waren, als Mitglieder die Kreisärzte DrDr. Unruh-Wismar, Wilhelmi-Schwerin, Mulert-Waren, Götze-Wismar (als Kreisarzt-Stellvertreter), Stephan-Güstrow, Dannien-Malchin, Viereck-Ludwigslust, Buschmann-Gnoien, Elfeldt-Gadebusch, Günther-Hagenow, Dugge-Rostock. Die Herren Roggenbau-Neustrelitz und Bartsch fehlten wegen Krankheit.

I. Eröffnung und Begrüßung. Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Unruh-Wismar, gibt einen kurzen, aber erschöpfenden Rückblick über die seit Gründung des Vereins verflossenen 25 Jahre. Er gedenkt dabei der verstorbenen Gründer, zu deren Gedächtnis sich die Anwesenden von den Plätzen erheben. Hierauf dankt er dem Großherzogl. Ministerium und der Großherzogl. Medizinalkommission, sowie den Mitgliedern der Landes-Universität für das den Medizinalbeamten des Landes stets durch Gesinnung, aktive Förderung, Ratschläge und Vorträge bewiesene Wohlwollen.

Herr Geh. Min.-Rat Kundt begrüßt die Versammlung namens des

Ministeriums. Er erkennt an, daß in den 25 Jahren ehrlich wissenschaftliche und praktische Arbeit geleistet ist. Ihm sind die Wünsche der Medizinalbeamten wohl bekannt; er wünscht gern ihre baldige Erfüllung, weist aber darauf hin, daß schon jetzt die Medizinalordnung — so alt sie an Jahren sein mag — bei richtiger Handhabung uns mehr Funktionen und Freiheit des Handelns gewährt, als bei oberflächlicher Betrachtung oft angenommen wird. Er wünscht dem Verein auch fernerhin gutes Gedeihen und Förderung seiner Arbeiten.

Der Vorsitzende verliest darauf Glückwunschschreiben und Telegramme, von denen hervorgehoben seien die der Großherzogl. Medizinalkommission, des Herrn Geh. Min.-Rats Mühlenbruch und des Ehrenmitgliedes, Kreisphysikus a. D. Ob.-Med.-Rat Dr. Lesenberg-Rostock, an dem ein telegraphischer Gruß gesandt wird.

II. Ueber Hebammenvereinswesen. Der Referent, Med.-Rat Dr. Wilhelmi-Schwerin, gibt zunächst einen kurzen, historischen Rückblick. Die alten Hebammen, d. h. die noch aus der Zeit vor der Hebammenordnung (vom 9. April 1885) stammenden, sind allmählich ausgestorben oder doch dem Aussterben nahe; die seitdem ausgebildeten Hebammen umfasst jetzt alle eine einheitliche Ausbildung. W. hat im Laufe der Jahre je mehr, desto fester erkannt, daß sie auch fernerhin gemeinsam angehalten und fortgebildet werden müssen. Er hält mit „seinen“ Hebammen alle Monate je eine Versammlung ab, nimmt die Geburtslisten (ohne Namensnennung) mit ihnen durch, läßt die Hebammen von sich aus Fragen stellen, die dann der gemeinsamen Besprechung unterworfen werden. Er bittet gelegentlich auch andere Aerzte um Vorträge, berührt auch gerichtsärztliche Fragen (uneheliche Kinder, Alimentenklagen, Pflicht genauer Messungen und Aufzeichnungen), spricht über das Instrumentarium, über einzelne Kapitel des Lehrbuches, über Säuglingspflege. Er hat auch wissenschaftliches Material für den Hebammenverein beschafft, die Ulrichschen Tafeln u. a. m., an deren Hand er unterweist. Er meint unbedingt, daß man nach seinen Erfahrungen die Gründung von Hebammenvereinen auch weiterhin unterstützen muß. Die Kreisärzte sollen gewiß die Hebammen durchaus zur Erfüllung ihrer Pflichten anhalten, wenn es nötig ist, streng und scharf, aber ihnen doch selbstverständlich auch in der weitgehendsten Weise freundschaftlich beistehen, sie in Verlegenheiten beraten, sie fördern, vor allem auch ihnen helfen zu besserer Entlohnung und würdigen Kontrakten! Referent kann mit seinen diesbezüglichen Anweisungen auf schöne Erfolge zurückblicken, über deren einige er berichtet. Er weist auch auf die Vorteile hin, die die Zusammenschließung der einzelnen Bezirksvereine zu einem großen Landesverband mit Anschluß an die Vereinigung Deutscher Hebammen in Berlin haben würde (Alters- und Invalidenversicherung, Unterstützungswesen etc.). Er empfiehlt den Kreisärzten, die Bildung solcher Vereinigungen in die Hand zu nehmen, ihnen die richtigen Wege zu weisen und sie, was bei der mangelnden Uebung der Frauen vielleicht oft nötig sein wird, auf diesen Wegen zu erhalten.

III. Erfahrungen über die Körperpflege unseres Volkes und der Schuljugend und Vorschläge zu ihrer Hebung. Kreisarzt Dr. Buschmann-Gnoien (Selbstbericht): Meine heutigen Ausführungen gehen weniger darauf hinaus, Neues zu bringen; ihr Zweck ist vielmehr der, zu einer hoffentlich recht regen Erörterung Veranlassung zu geben, durch die die Wichtigkeit des Gegenstandes in diesem berufenen Kreise anerkannt wird. Wenn diese Aussprache gar zu praktischen Konsequenzen, zu Maßnahmen im Interesse der Körperpflege unseres Volkes führen würde, so wäre mir das eine besondere Genugtuung.

Meine Erfahrungen gründen sich auf Beobachtungen in der Tätigkeit als praktischer Arzt und auf solche in der amtlichen Tätigkeit, hier besonders bei Schuluntersuchungen gelegentlich Diphtherie- und Impetigo-Epidemien.

Wenn man von der Körperpflege des mecklenburgischen Volkes sprechen will, so muß man, so traurig das klingt, mit der Pflege der Reinlichkeit beginnen, weil das nicht etwas Selbstverständliches, sondern man kann geradezu sagen, etwas nicht Vorhandenes ist. Was verschlägt es demgegenüber, daß zu einer Körperpflege im weiteren Sinne erst wenige Ansätze vorhanden sind! Ich stelle mit voller Absicht die Reinlichkeitspflege in den Vordergrund, berührt sie sich doch aufs engste mit unserer Tätigkeit als Medizinalbeamte, laufen doch unsere Anordnungen auf so vielen Gebieten immer wieder auf Hebung der privaten und öffentlichen Reinlichkeit hinaus.

Wie sieht es nun mit dem Sinn für körperliche Reinlichkeit bei unserem

Volke aus? Traurig, höchst traurig. Was man als Arzt an tage-, wochen-, ja monatelang angehäuftem und angetrocknetem Schmutz auf den Körpern der Patienten zu sehen bekommt, spottet jeder Beschreibung. Nicht nur in den untersten Volksschichten, nein auch in gut bürgerlichen Kreisen ist der Sinn für Reinhaltung des Körpers nicht entwickelt. Als ein Beispiel aus unzähligen Erfahrungen diene folgendes Gespräch mit einem Beamten, das ich kürzlich hatte. „Herr Doktor, in letzter Zeit geht es mir viel besser, aber ich gebrauche auch etwas, was mir nicht von anderer Seite verordnet wurde, sondern was ich mir selbst verordnet habe." Obwohl ich den Herrn nur gelegentlich in Vertretung eines Kollegen behandelt hatte, war ich doch neugierig und fragte nach dem geheimnisvollen Mittel. „Ja, ich wasche mich täglich ganz und gar ab." „So, jetzt erst?" konnte ich mich nicht enthalten, zu antworten. Sieht man sich die Kaufleute, von denen man seine Nahrungsmittel bezieht, besonders die kleinen Kaufleute, näher an oder hat man Gelegenheit, sie als Arzt körperlich zu untersuchen, so ergibt sich ein wenig anziehendes Bild. Und gar die Bäcker! Die sind nach meinen Erfahrungen die unsaubersten Gewerbetreibenden; ich habe öfters Bäcker untersucht und war jedesmal entsetzt über den Schmutz, den sie dem Arzte zeigten. Die Schlachter sind durch großstädtische Konkurrenz erzogen worden, in ihren Ladeneinrichtungen Sauberkeit zu zeigen, aber wenn man in ihre Wohnungen und auf die Höfe und in die Schlachträume kommt, wenn man ihre Familienmitglieder untersucht, so merkt man bald, daß die Sauberkeit des Ladens nur ein Aushängeschild ist, hinter dem man dieselben schlimmen Zustände findet, wie anderswo.

Bei der Landbevölkerung ist die mangelnde Reinlichkeit des Körpers etwas so Allbekanntes, daß es kaum nötig ist, an Einzelheiten zu erinnern. Ebensowenig wie die Verunreinigung des Körpers als etwas Ungesundes empfunden wird, ebensowenig denkt man sich etwas bei der Verunreinigung der Wohnungen durch Ausspucken. Zuweilen muß sich der Arzt den Weg zu einem Lungenkranken durch einen kleinen See ausgespuckten Schleims suchen. Fußmatten habe ich öfters die Funktion von Spucknäpfen übernehmen sehen. Seitdem ich auf meinem Hausflur einen Läufer habe, wird von Patienten darauf ausgespuckt, wohl in der Annahme, daß er dazu da wäre, derartige Stoffe in sich aufzunehmen. Bekannt ist die Unsitte, das Sputum auf Stiefelsohle und Fußboden in möglichst großer Fläche einzureiben und zu verteilen.

Nach den ärztlichen Erfahrungen war es dem Medizinalbeamten kein ungewohnter Anblick, auch die Schuljugend in diesem Zustand der Vernachlässigung anzutreffen. Mit Leichtigkeit ließen sich in den städtischen sowohl, wie in den Landschulen ca. 30—50 % der Kinder bei ganz oberflächlicher Betrachtung als kaum gewaschen, mit Schmutzkrusten auf dem Kopf, an den Ohren und am Halse feststellen. Einige Male, wo ich Gelegenheit hatte, eine Schule oder Klasse nach einiger Zeit nachzuuntersuchen, machte ich den Versuch, wie weit durch Aufklärung eine Besserung zu erzielen wäre. Ich sagte den Kindern, daß Schmutz etwas Widerliches sei, daß man saubere Gedanken auch nur bei sauberen Menschen zu finden hoffe usw.; ich bat die Lehrer, dem körperlichen Zustand der Kinder in der Zwischenzeit eine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden; aber alles half fast nichts, beim Wiederkommen fand ich nur wenig gebessert.

Meist schien der körperliche Zustand dem Gesundheitszustand der betreffenden Kinder zu entsprechen. Die Anzahl der schlecht genährten, blassen, skrophulösen Kinder — leider habe ich darüber bisher keine genauen Aufzeichnungen gemacht — bot oft einen traurigen Anblick, namentlich wenn man sie in einem unfreundlichen, trostlosen, trüben Raume untersuchte, wie sie auf dem Lande noch häufig genug als Schulzimmer angetroffen werden. Wenn man die Lehren der Hygiene auf dem Lande angewendet finden will, so muß man in die Ställe gehen; hier findet man oft die peinlichste Anwendung der hygienischen Vorschriften, und zwar lediglich aus dem Grunde, weil sie sich für die Aufzucht des Viehes und für die Seuchenbekämpfung als zweckmäßig erwiesen haben.

Die Wichtigkeit der Reinhaltung des Körpers hier näher zu erörtern, hieße Eulen nach Athen tragen. Der Vollständigkeit halber sei nur auf einige Ausblicke hingewiesen.

Vom Wasser, das als Trinkwasser dienen soll, wird appetitliches Aussehen gefordert, wer fordert von den Melkern saubere Finger, wer kon-

trolliert sie darauf? Ich weiß wohl, daß das stellenweise geschieht, halte diese Stellen aber für Ausnahmen. Seit dem Ausbreiten der sog. „Schweizer" ist die Milchgewinnung m. E. keineswegs appetitlicher geworden; nach meiner Erfahrung entsprechen die körperlichen Qualitäten dieser Leute häufig ihren moralischen.

Welche Ausbreitung haben in unserem Lande zwei Krankheiten gefunden, die ich als Schmutzkrankheiten bezeichnen möchte: die Impetigo contagiosa und die Krätze! Von der Impetigo werden ganze Dörfer und Schulen verseucht und dabei gibt es ein so einfaches, fast unfehlbares Mittel, sich vor ihr zu schützen: die Reinlichkeit! Nach dem bisher Ausgeführten ist der geringe Erfolg aller Bekämpfungsmaßregeln verständlich. Prof. Martin soll s. Zt. in Greifswald die häufigen Wundinfektionen auf die Ausbreitung der Impetigo zurückgeführt haben.

An Krätze wurden in diesem Jahre bisher in den Krankenhäusern zu Sülze, Tessin, Gnoien, Dargun behandelt insgesamt 170 Patienten mit ca. 510 Verpflegungstagen. Ueber die wirkliche Ausbreitung der Krätze geben diese Zahlen aber nur einen sehr ungefähren Anhalt, da sehr viele Patienten die Krankenhausbehandlung wegen des Lohnverlustes scheuen und Hauskuren mit einem vom Apotheker geholten Medikament gebrauchen.

Ueber Verbreitung des Ungeziefers, besonders von Läusen, fehlen mir Erfahrungen.

Ich möchte weiterhin an die Begünstigung der Ausbreitung anderer Krankheiten durch körperliche Unsauberkeit erinnern. Die Tuberkulose hat leider auch auf dem Lande, wenn auch noch vereinzelt festen Fuß gefaßt. Gelingt es schon häufig nicht, offene Tuberkulosen aus den Wohnungen zu entfernen, so wird die Sache doch erst schlimm durch die Unsitte, die Kinder auf den bespuckten Fußböden oder an den Rinnsteinen spielen und sich die Gesichter beschmieren zu lassen.

Welch geringes Verständnis die Maßregeln der Seuchenpolizei, die ja doch zum großen Teil Anleitungen zur peinlichsten Sauberkeit sind, begegnen, das sieht der Medizinalbeamte nicht selten. Wie kann man auch ein Verständnis erwarten, wenn Körperpflege nicht als etwas Selbstverständliches gilt, sondern allenfalls als Heilmittel gegen Krankheiten!

Wie will man ferner ein Verständnis vom Wert der öffentlichen Reinlichkeit der Dörfer und Städte erwarten, wo die private Sauberkeit fehlt!

Bezüglich dessen, was man gemeinhin unter Körperflege versteht, lassen sich Ansätze zur Besserung nicht verkennen. Insbesondere bei der schulentlassenen Jugend gewinnen die Jungdeutschland-Bewegung und verwandte Bestrebungen auch in den Kleinstädten an Raum. Dankenswerterweise wird auch an den Domanialschulen, wenn auch zögernd, Turnunterricht eingeführt, was in anbetracht der sich auf dem Lande mehrenden schwächlichen Individuen zu begrüßen ist.

Was das Badewesen betrifft, so geschieht auf dem Lande und in den kleinen Städten wenig oder garnichts, um es genußreich zu gestalten. In Gnoien waren bis vor kurzem eine öffentliche und eine private Anstalt die einzigen Gelegenheiten, in dem Stadtbach zu baden, der aber bis dahin aus zahlreichen Rinnsteinen sehr wenig reinliche und appetitliche Stoffe in sich aufgenommen hatte. Erst neuerdings ist eine primitive Badegelegenheit oberhalb der Stadt angelegt. Davon, daß auch die weibliche Jugend diese Gelegenheit benutzt, ist mir nichts bekannt geworden. Auf dem Lande fehlen Bademöglichkeiten im Winter ganz, für den Sommer wenigstens in geeigneter Weise fast ganz. Ueberhaupt ist zu beklagen, daß fast alle Anfänge zur Körperpflege an den Volksschulen nur dem männlichen Teil der Bevölkerung zugute kommen, daß für die Mädchen garnichts geschieht. Und doch wäre gerade für die Mädchen eine richtige Körperpflege notwendig, um ein Gegengewicht gegen falsche Anschauungen über den Körperbau und gegen die Verunstaltung des weiblichen Körpers durch die Schäden der Kleidung und des Korsetts zu bilden. Manche kostspielige Behandlung in der Frauenklinik wäre, davon bin ich überzeugt, durch richtige Behandlung und Pflege des Körpers zu verhüten.

Die Körperpflege im Säuglingsalter kann hier wohl übergangen werden, da sie teils ein eigenes Kapitel für sich bildet, teils von denselben Anschauungen gehandhabt wird, wie wir sie im Vorstehenden kennen lernten.

Ich habe versucht, in kurzen Zügen ein Bild von dem Stand der Körperpflege in unserem Volke zu zeichnen. Wenn ich dabei das mangelnde

körperliche Reinlichkeitsgefühl besonders hervorhob, so entspricht das m. E. der Wichtigkeit, die diesem Punkte zukommt. Diese Wichtigkeit besteht nun nicht nur in, wenn ich so sagen soll, materiellen Werten, wie ich sie anzudeuten versuchte, also in Hebung des Wohlbefindens des Menschen, in Stärkung seiner Widerstandskraft gegen Krankheiten, sondern mehr noch in sittlichen Werten. Sehr schön drückt Schulze-Naumburg das in seinem Buche: „Der weibliche Körper als Grundlage der Frauenkleidung" aus, und ich möchte deshalb die Worte hier anführen: „Wir müssen lernen, daß es eine Sünde ist, den Leib zu mißhandeln, genau in demselben Sinne, wie wir eine Mißhandlung unserer sittlichen Gefühle als Sünde betrachten, und daß die Pflicht, ihn zu pflegen und zu veredeln, nicht geringer ist als die Pflicht, das, was wir Seelisches nennen, zu veredeln. Denn beides ist nicht zu trennen. Wir werden darauf kommen, manche Krankheiten als eine Schande zu betrachten: alle, die durch Mangel an Reinheit, durch Essen und Trinken, das über das Bedürfnis der Ernährung hinausgeht, durch gewaltsame Entstellung, wenn auch nur der ästhetischen Form, durch Versäumnis der Ausbildung durch Gebrauch, durch jeden Mißbrauch des Körpers und der ihm zugänglichen Lüste entstanden sind. Im körperlichen Gewissen ist der Grundton aller Sittlichkeit."

Dieser letzte Satz verdient die besondere Beachtung aller, die sich mit der Jugendpflege und Jugenderziehung abgeben; die Weckung des körperlichen Gewissens muß m. E. das Ideal der körperlichen Erziehung bilden, und zwar, wie ich hoffe überzeugend dargelegt zu haben, in weit klarerer Erfassung des Problems und mit viel mehr Energie, als bisher. Handelt es sich doch nicht blos um das Wohl des einzelnen, nein um die Gesundheit der Rasse. Da aber die Gesundheit und Kraft der Rasse doch immer noch auf der Gesundheit der Landbevölkerung beruht, so haben wir Mecklenburger besondere Veranlassung, uns um das Gedeihen unseres Volkes zu bekümmern, Mängel aufzudecken und Schäden zu beseitigen.

Sehr zu denken geben folgende Zahlen, die ich dem Buche: „Die Gesundheitspflege auf dem Lande" von Nickel entnehme: In Preußen starben von 1000 Personen

	insgesamt	davon in den Städten	auf dem Lande
1870	29,0	29,8	27,2
1880	27,3	28,5	26,5
1890	25,5	25,3	25,5
1895	23,2	23,1	23,2
1901	21,9	21,6	22,0

Leider konnte ich die entsprechenden Zahlen für Mecklenburg nicht mehr erreichen.

Was ist nun zu tun, um der drohenden körperlichen Verschlechterung oder gar Degeneration unseres Volkes durch fortgesetzte Vernachlässigung der Körperpflege und der einfachsten hygienischen Regeln vorzubeugen?

Wenn wir bedenken, daß in Mecklenburg überhaupt erst Anfänge einer Körperkultur zu verzeichnen sind, die für die Volksschichten, die ihrer am meisten bedürftig wären, fast nichts bieten, wenn wir ferner bedenken, daß mit alten, überlebten Anschauungen nur durch folgerichtige Erziehung aufgeräumt werden kann, so ergibt sich daraus, daß der Schwerpunkt unserer Bestrebungen in die Schule gelegt werden muß. Denn von einer Erziehung im Elternhaus kann natürlich nichts erwartet werden, da die Früchte dieser Erziehung sich erst bei späteren Elterngenerationen zeigen werden. Und daß die Schule, insbesondere die Landschule, ohne abnorme Belastung sich dieser Erziehung annehmen kann und muß, möchte ich nicht bezweifeln, wenn anders sie nicht bloß in der Erziehung des Geistes, sondern ebenso sehr in der des Körpers ihre Aufgabe sieht.

Es wäre nun, meine ich, sehr wünschenswert, daß als Grundlage der Körperpflege ein hygienischer Unterricht diente, der für ihren Wert und Zweck das Verständnis der Schüler weckte, indem er, vom Bau und von den Funktionen des Körpers ausgehend, das Ideal des gesunden, schönen Körpers aufstellte. Wenige Stunden im Jahre würden dazu genügen und der Unterricht könnte jenachdem vor der ganzen Schule oder vor einigermaßen gleichaltrigen Klassen gehalten werden. Wenn Sie bedenken, daß in unseren Volksschulen die Kinder durchschnittlich wöchentlich 4 Stunden, im Jahre 160, während der ganzen Schulzeit 1280 Stunden mit Rechen-, 1920 Stunden mit Religionsunterricht verbringen, so wird das Verlangen nach einigen Aufklärungsstunden im bezeichneten Sinne nicht zu groß erscheinen.

Wer soll diesen Unterricht erteilen? Das kann in wirklich sachgemäßer Weise nur der Arzt, der den ganzen Stoff beherrscht; nur im Notfalle wird der Lehrer, vielleicht an der Hand einer mit Liebe zum Gegenstand geschriebenen Anleitung, ihn ersetzen können. Ich bezweifle auch nicht, daß in den Landschulen eine Stunde im Vierteljahr sich für diesen Unterricht erübrigen ließe, die bei richtiger Handhabung zur wahren Feierstunde werden müßte.

Ich gehe nicht so weit, nun eine Versorgung sämtlicher Schulen mit Schulärzten schon jetzt zu fordern, wenn ich sie auch nach den anderswo gemachten Erfahrungen für später dringend befürworten muß. Größere Schulen allerdings können auch in Mecklenburg des Schularztes nicht länger entbehren, weil die Menge der Kinder eine einigermaßen gründliche Beobachtung nicht gestattet. Um aber überhaupt einen Anfang zu machen, empfehle ich Schulvisitationen durch den Kreisarzt, die regelmäßig etwa alle 1—2 Jahre wiederzukehren hätten und sich im ganzen Lande, also auch im Gebiet der Ritterschaft, nicht bloß auf die Räumlichkeiten, sondern auch auf die Schüler, ihre Reinlichkeit, ihren Gesundheitszustand, auf den Turnunterricht usw. zu erstrecken hätten. Sie würden so eine Art praktischen Hygiene-Unterrichtes bilden für Lehrer und Schüler. Wenn über jede Besichtigung ein Formular ausgefüllt würde, in das alles Wichtige, so auch festgestellte Gebrechen der Kinder eingetragen würden, so hätte man einen kleinen Anfang vom „Gesundheitsbogen" gemacht. Ich zweifle nicht, daß die Sammlung und Verarbeitung schon dieser Formulare wichtige Erkenntnisse über die Gesundheitspflege in unserem Volke liefern würde.

Daß diese Arbeit eine große Belastung für die Kreisärzte bedeuten würde, ist sicher. Einige Herren sind mit Amtsgeschäften schon jetzt reichlich versehen, andere, in kleineren Bezirken, würden dadurch in Konflikt mit der Privatpraxis geraten. Doch ich will diese Frage nur streifen; wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg.

Der Turnunterricht in den Schulen bedarf der Verbesserung, namentlich nach der Richtung hin, daß auch dem Mädchenturnen die gebührende Aufmerksamkeit gewidmet wird, daß es nicht zu einem zwecklosen Getändel und Getänzel degeneriert (Vogl), sondern ebenso wie beim Knabenturnen zu einer Stärkung des Körpers, zu einer Stählung von Willen und Ausdauer führt. Daß dabei auf eine vernunftgemäße Kleidung Bedacht genommen werden muß, ist selbstverständlich. Das Winterturnen leidet in den meisten Städten unter dem Mangel an Turnhallen, und doch ist es für Stadtkinder ebenso wichtig wie das Sommerturnen. Sehr segensreich denke ich mir die Wirkung einer Turnhalle in der Kleinstadt, wenn sie kein reiner Nüchternheitsbau wäre, sondern bei aller Einfachheit etwas Festliches hätte, wenn sie, wie das leicht ausführbar ist, zu einem Saal für festliche Veranstaltungen, Volksbildungsabende und dergl. umgewandelt werden könnte, wenn daran ein Lesezimmer mit der Volksbücherei und ferner eine einfache Bade-Einrichtung oder ein Brausebad angegliedert wäre. Ein solches Haus könnte ein Volkshaus im besten Sinne, eine Zentrale für alle Bestrebungen der Weiterbildung von Körper und Geist, kurz, ein Kulturzentrum werden.

Daß Turnspiele und vor allem Wanderungen zu fördern sind, bedarf keiner Ausführung. Ich möchte nur Gewicht darauf legen, daß sie auch in ritter- und landschaftlichen Schulen Eingang finden. Sie sind m. E. ein vortreffliches Mittel, die Gewandtheit, Schlagfertigkeit und Frische unserer Landjugend zu heben und der ihr nun einmal anhaftenden Schwerfälligkeit des Körpers und Geistes entgegenzuwirken. An körperlicher Arbeit — Lohnarbeit — mangelt es ja den Landkindern meistens nicht. Wenn aber die Ausnutzung der jugendlichen Kräfte zugunsten einer körperlichen Erziehung etwas beschnitten würde, so wäre das kein Schade.

Ein Wort über das Badewesen. Wie wenig entwickelt es in unserem Lande ist, wissen wir alle. Im Mittelalter war man bekanntlich weiter. Selbst in jedem Dorfe soll sich eine öffentliche Badestube befunden haben, und das Baden wurde zu den sieben größten Freuden des Lebens gezählt. Ein altdeutsches Sprichwort sagt: „Willst Du einen Tag fröhlich sein, so gehe ins Bad" (Nickel). Jetzt hat man noch in vielen kleinen Städten Not, eine halbwegs einladende Badegelegenheit ausfindig zu machen. Es gibt m. E. kein besseres Mittel, den Sinn für Reinlichkeit zu pflegen, als den häufigen Genuß eines erfrischenden Bades. Deshalb möchte ich anregen, zunächst einmal, wo es irgend angängig ist, in den Landschulen Brausebäder zur obligatorischen

Benutzung für die Schulkinder einzurichten. Wenn man auch anderen Personen die Benutzung gegen ein minimales Entgelt von vielleicht 5 oder 10 Pfg. freigibt, würden die Unterhaltungskosten vielleicht sogar gedeckt. Eine derartige einfache Einrichtung halte ich in jedem Dorfe für notwendig, für notwendiger noch als eine Feuerspritze.

Licht-Luftbäder sind ein treffliches Mittel der Gesundheitspflege und leicht mit Schwimmbädern zu vereinigen. Sie zu fordern, sollten die Aerzte nicht den Naturheilvereinen überlassen.

Die Zahnpflege der Schulkinder hat in den letzten Jahren einigen Aufschwung genommen, indessen sind hiervon bisher nur die großen Städte betroffen.

Meine Ausführungen machen auf Vollständigkeit keinen Anspruch; gewiß gibt es noch weitere Möglichkeiten zur Hebung der Körperpflege, wie z. B. aufklärende Vorträge, wie sie die Regierung von Sachsen-Meiningen den Schulärzten mit 25 Mark pro Vortrag honoriert (Dornberger), aber ich glaube, die wichtigsten angeführt zu haben. Im Rahmen der sonstigen Fürsorge-Bestrebungen für die geistige und körperliche Gesundheit unseres Volkes, wie sie von Behörden, Fachmännern, Vereinen usw. gefordert und unterstützt werden, werden sie ihre Wirkung nicht verfehlen. „Wir müssen," sagt Gruber, „die jungen Leute die Entdeckung machen lassen, daß aus dem Bewußtsein beherrschter Kraft die mächtigsten Lustgefühle erwachsen, daß es das Leben mit einer Heiterkeit zu erfüllen vermag, die kein sinnlicher Genuß gewährt". [1])

Eine angeregte Diskussion, an der sich fast alle Anwesenden beteiligten, ließ erkennen, daß man allgemein dem Vorgetragenen beipflichtet, daß man, gerade angesichts des Idealismus, von dem die Ausführungen sichtbar getragen waren, sich nicht zweifelhaft darüber sein darf und wird, wieviel noch an der Erreichung dieser idealen Ziele fehlt.

IV. Eindrücke von der ärztlichen Studienreise nach Amerika. Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Unruh-Wismar, hat die anläßlich des internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie in Washington veranstaltete Studienreise mitgemacht. Er berichtet in anschaulicher und fesselnder Form über seine Erlebnisse und über das, was er auf medizinischem Gebiete und speziell dem der öffentlichen Gesundheitspflege in Amerika gesehen hat. Wegen der vorgerückten Zeit konnte er die letzten Teile seines Vortrages nur in gekürzter Form bringen; mit Rücksicht auf das lebhafte Interesse, das er mit seinen Ausführungen erregte, wurde er jedoch gebeten, den Rest seines Berichtes in der nächsten Sitzung vorzutragen. Dr. Dugge.

Bericht über die Sitzung des Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins am 26. November 1912 zu Strassburg i. Els. im Zivilkasino.

Anwesend sind: die Herren de Bary, Belin, Buchwald, Delunsch, Dreifuß-Gebweiler, Eyles, Giss, Haag, Hamburger, Hecker, Hoeffel, Holtzmann, Köster, Knabbe, Krimke, Kuhn, Ledderhose, Meyer-Saarburg, Pawolleck, Pinders, Schaeche, Sorgius, Spiegel sen., Sültmann, Usemann, Walcher und Weber.

I. Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung vom 14. November 1911.

II. Neuwahl des Vorstandes. Zu § 4 der Statuten stellt Dr. Belin den Antrag, die Vorstandswahl nur alle drei Jahre vorzunehmen. Dr. Giss bemerkt, daß dieser Antrag eine Statutenänderung enthalte und daher korrekterweise heute nicht über ihn abgestimmt werden könne, weil er nicht vorher auf der Tagesordnung gestanden habe. Er kann also erst in der nächsten Versammlung, entsprechend dem § 8 der Statuten, weiter behandelt werden. Darauf stellt Dr. Belin den Antrag, den Vorstand durch Zuruf zu wählen. Es wird kein Widerspruch erhoben; der bisherige Vorstand ist demgemäß wiedergewählt.

---

[1]) Nickel: Die Gesundheitspflege auf dem Lande. H. VII der Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Volkshygiene.

Fürsorgewesen. 8 Vorträge. München. Verlag von O. Gmelin.

Doernberger: Schularztfragen. Schulärzte auf dem Lande. München 1912. Verlag von O. Gmelin.

Neumann: Volksgesundheitspflege. München 1911. Verlag von O. Gmelin.

III. Weitere Entwicklung der kreisärztlichen Institution. Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Pawolleck teilt mit, daß die Regierung in diesem Jahre davon abgesehen habe, die Frage der endgültigen Anstellung der Kreisärzte mit Pensionsberechtigung dem Landtage vorzulegen. Es bestehe die Absicht, vollbesoldete Kreisärzte mit 4000—7000 M. Gehalt und nichtvollbesoldete Kreisärzte mit 2400—4000 M. anzustellen, ferner die Reisegebühren zu erhöhen und Dienstaufwandsentschädigung zu gewähren.

Prof. Dr. Ledderhose stellt die Anfrage, ob bei der geplanten Reform der Medizinalverwaltung auch die Errichtung eines Medizinalkollegiums in Betracht gezogen sei? Es sei wünschenswert, die Gutachten in Entmündigungssachen und die Sektionsprotokolle einer Nachprüfung zu unterziehen. Schon Prof. Dr. von Recklinghausen habe den Mangel einer Nachprüfung der Protokolle gerichtlicher Sektionen gerügt. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Pawolleck erwidert, daß auch er die Errichtung eines Medizinalkollegiums für wünschenswert erachte.

IV. Besprechung über einen kreisärztlichen Gebührentarif. Geh. Med.-Rat Dr. Hecker teilt mit, daß seitens eines Kreisarztes angefragt sei, ob unter „kreisärztlichem Zeugnis" stets nur das Zeugnis des zuständigen Kreisarztes gemeint sei, oder ob in jedem beliebigen Falle überhaupt nur das Zeugnis irgendeines Kreisarztes erforderlich sei. Landes-Med.-Rat Dr. Pawolleck stellt fest, daß die letztere Anschauung zutreffend sei.

In der Diskussion, an der sich die Herren Delunsch, de Bary, Krimke, Meyer, Giss, Eyles beteiligten, wurde hervorgehoben, daß beide Auffassungen Unzuträglichkeiten mit sich führen. Es könne jemand, nachdem ihm ein Zeugnis von dem ihm bekannten „zuständigen Kreisarzte" verweigert worden sei, infolge besonderer Umstände von einem andern ein solches erhalten; anderseits hätten die Kreiseingesessenen manches Mal einen zu weiten Weg zum zuständigen Kreisarzte. In einem Orte, wo zwei Kreisärzte ansässig sind (Metz, Diedenhofen), stelle sich das Verhältnis, wenn nicht der zuständige Kreisarzt ein Zeugnis ausstelle, als gegenseitige Aushülfe dar.

Betreffs der zu erhebenden Gebühren weist Geh. Med.-Rat Dr. Walcher auf den Min.-Erlaß I. A. 6879 vom 5. Sept. 1903 hin, in dem die zu fordernden Gebühren im allgemeinen geregelt seien. Während Dr. Schaeche meint, daß die Behörden in zu vielen Fällen kreisärztliche Zeugnisse verlangen, betont Geh. Rat Dr. Pawolleck, daß der Kreis der Behörden, die das Zeugnis eines beamteten Arztes verlangen, sich stets erweitere. Im übrigen sei auch bei der Reform der kreisärztlichen Institution eine Dienstanweisung vorgesehen, die einen Gebührentarif für die auszustellenden Zeugnisse enthalte. Die eingehenden Erörterungen zeigten eine große Verschiedenheit der von den einzelnen Kreisärzten verlangten Gebühren für die verschiedenen Arten von Zeugnissen. Dr. Köster beantragt, daß in jedem einzelnen Bezirke getrennt das nötige Material von allen Kreisärzten eingefordert und dem Herrn Landesmedizinalrat übergeben wird. Dieser erklärt sich bereit, das einschlägige Material in Empfang zu nehmen. In den einzelnen Bezirken wird den Herren Schaeche, Mosser und Krimke die Zusammenstellung der von den Kreisärzten erhobenen Gebühren übertragen.

V. Verschiedenes. Auf Veranlassung des Herrn Vorsitzenden berichtet zunächst Dr. Krimke kurz über eine kürzlich stattgefundene Beratung des bahnärztlichen Vereins in Metz, betreffend Desinfektion der Eisenbahnwagen wegen Tuberkuloseinfektion. Die Versammlung ist mit des gemachten Vorschlägen einverstanden. Im Anschluß hieran stellt Geh. Rat Dr. Hoeffel die Anfrage, wie entsprechend den Bestimmungen der Verordnung vom 29. Oktober 1910 und des Min.-Erl. O. S. vom 30. Januar 1911 die Desinfektion in den verschiedenen Kreisen durchgeführt wird?

Die darauffolgende Diskussion ergibt, daß im allgemeinen in dieser Beziehung noch viel zu tun übrig bleibt. Dr. Schaeche stellt den Antrag, daß die Desinfektionsfrage als besonderer Punkt auf die Tagesordnung der nächsten Versammlung gestellt werden möge. Dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

Dr. Kuhn beantragt schließlich für die nächste Versammlung Abänderung des § 3 der Statuten in dem Sinne, daß die Beiträge ohne vorherige Erinnerung eingezogen werden können. Dr. Hecker-Straßburg.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. III.

Bericht über die XII. Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins am 9. März 1913 in Stuttgart.

Die Tagesordnung lautete:

1. Geschäftliches.
2. Neuwahl eines Schriftführers und Kassierers.
3. a) Entwurf einer Verfügung der Ministerien der Justiz, des Innern sowie des Kirchen- und Schulwesens zum Vollzug des Oberamtsarztgesetzes.

b) Entwurf einer Dienstanweisung für die Schulärzte.

c) Entwurf zu einer Verfügung des Ministeriums des Kirchen- und Schulwesens, betreffend die Einführung des schulärztlichen Dienstes in den Schulen.

Anwesend waren, außer einem Vertreter der K. Regierung, Herrn Ministerial-Rat Friedel, 44 Vereinsmitglieder: Andrassy-Böblingen, Baur-Blaubeuren, Bubenhofer-Vaihingen, Camerer-Stuttgart, Drachter-Crailsheim, Finckh-Tettnang, Gastpar-Stuttgart, Georgii-Geislingen, Gnant-Ellwangen, Haag-Heilbronn, Haaga-Aalen, Heller-Backnang, Hermann-Sulz, Jaeger-Ulm, Kern-Künzelsau, Köstlin-Stuttgart, Krauss-Kirchheim, Lechler-Herrenberg, Lieb-Freudenstadt, Ludwig-Leonberg, Maisch-Oehringen, Mayer-Münsingen, Muntsch-Neresheim, Palmer-Biberach, Paulus-Heidenheim, Pfäfflin-Urach, Pfeilsticker-Gmünd, v. Rembold-Stuttgart, Romberg-Nürtingen, Russ-Rottweil, Sattler-Cannstadt, Scheef-Rottenburg, von Scheurlen-Stuttgart, Schmid-Brackenheim, Schott-Stetten i. R., Schwarzkopf-Stuttgart, Seeger-Welzheim, Späth-Eßlingen, Staudenmayer-Ludwigsburg, Steinbrück-Reutlingen, Stoll-Tübingen, Süßkind-Hall, Teufel-Gaildorf, Weissenrieder-Maulbronn.

I. **Geschäftliches.** Der Vorsitzende, Ob.-Med.-Rat Dr. Köstlin, begrüßte die Versammlung mit folgenden Worten:

Meine Herren! Zu unserer heutigen Jahresversammlung — der 12. seit dem Bestehen unseres Vereins — heiße ich Sie alle herzlich willkommen und danke Ihnen bestens für ihr zahlreiches Erscheinen; mit ganz besonderem Danke begrüße ich auch unseren verehrten Gast Herrn Ministerialrat Friedel; leider hat Herr Präsident v. Nestle wegen eines erst heute Nacht in seiner Familie vorgekommenen Todesfalls unserer Einladung keine Folge leisten können.

Bevor wir in unsere Tagesordnung eintreten, möchte ich Ihnen nur einen ganz kurzen Bericht über den Stand unseres Vereins erstatten. Unser Verein zählt zurzeit 98 Mitglieder; von den zurzeit im Dienst befindlichen Oberamtsärzten gehört nur einer unserem Verein nicht an.

Eingetreten ist im Jahre 1912 kein neues Mitglied; ausgetreten sind 3 Mitglieder: Assistenzarzt Dr. Werner von Winnenthal, Hofrat Dr. Höring von Weinsberg und Med.-Rat Dr. Hopf von Balingen, die beiden letzteren infolge ihrer Pensionierung.

Außerdem haben wir im Laufe des letzten Jahres aber auch noch vier Mitglieder durch den Tod verloren, Oberamtsarzt Dr. Bilfinger von Neckarsulm, Med.-Rat Dr. Blezinger von Cannstatt, Dr med. Hart von Weinsberg und San.-Rat Dr. Cless von hier, unseren langjährigen Schriftführer, der die Geschäfte unseres Vereins bis zu seinem Tod mit großer Treue und Hingabe besorgt hat, und dem wir deshalb zu aufrichtigem Danke verpflichtet sind.

Ich bitte Sie, sich zum ehrenden Andenken an diese verstorbenen Kollegen von Ihren Sitzen zu erheben (Geschieht).

II. **Neuwahl eines Schriftführers und Kassierers.** Vorsitzender: An Stelle des verstorbenen Kollegen Cless müssen wir nun einen neuen Schriftführer wählen; ich schlage Ihnen hierfür den Kollegen Schwarzkopf vor (allgemeine Zustimmung). (Dr. Schwarzkopf nimmt die Wahl an.) Gleichzeitig möchte ich mir aber auch erlauben, für die Führung der Kasse, die doch einen größeren Zeitaufwand erfordert, von nun ab einen Berufskassierer anzustellen, und zwar schlage ich Ihnen hierfür Herrn Obersekretär

Reinöhl vor, der schon seit dem Tod des Herrn Kollegen Cless unsere Kasse interimistisch verwaltet hat und sich für diese Stellung auch schon deshalb ganz besonders eignet, weil er schon seit Jahren auch die Kassengeschäfte der ärztlichen Unterstützungskasse und des Correspondenz-Blattes besorgt. Ich schlage vor, ihm für seine Dienstleistung eine jährliche Remuneration von 40 M. auszusetzen. (Angenommen.)

Der von Herrn Reinöhl erstattete Kassenbericht für das vergangene Jahr lautet wie folgt:

Einnahmen:

93 Jahresbeiträge für 1912 à 2 M. . .	186 M. — Pf.	
7 „ „ 1913 à 2 M. . .	14 M. — Pf.	
Uebertrag von 1911	44 M. 94 Pf.	
	Summe . .	244 M. 94 Pf.

Ausgaben:

Laut Kassenbuch (darunter bar bei der Städt. Sparkasse eingelegt 134 M.)	240 M. 20 Pf.
Kassenbestand: . .	4 M. 74 Pf.

Vermögensberechnung:

Einlagen bei der Städt. Sparkasse . .	705 M. 87 Pf.	
Kassenvorrat	4 M. 74 Pf.	
Ausstand (1 Jahresbeitrag)	2 M. — Pf.	
	Summe . .	712 M. 61 Pf.
Im Vorjahr 1911 Vermögensstand		596 M. 15 Pf.
Somit Zunahme im Jahre 1912		116 M. 46 Pf.

Die Bücher sind von den beiden Kollegen Süßkind und Andrassy geprüft und richtig befunden worden; wir können somit unserem Herrn Kassierer Entlastung erteilen (Geschieht).

In diesem Jahr wird wieder eine Versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins stattfinden, zu der wir heute einen zweiten Delegierten zu wählen hätten; ich schlage Ihnen hierfür unseren heutigen Referenten, Herrn Kollege Maisch, vor (Angenommen).

Ort und Zeit der Versammlung sind noch nicht festgestellt, als Ort kommt Breslau, Straßburg oder Nürnberg in Frage, als Zeit erste Hälfte September.

Meine Herren! Unsere diesjährige Versammlung hat etwas früher einberufen werden müssen, als es sonst üblich gewesen ist; es ist dies dadurch veranlaßt worden, daß unserem Verein zwei Gesetzentwürfe, zu denen gestern noch ein dritter hinzugekommen ist, zur Kenntnisnahme und Aeußerung zugegangen sind, die sofort zur Erledigung gebracht werden mußten, da die betreffenden Verfügungen schon am 1. April in Kraft treten sollen.

Diese drei Verfügungen, mit denen wir uns nun heute zu beschäftigen haben werden, bilden den Abschluß einer großen und einschneidenden Organisationsänderung unseres württembergischen Medizinalwesens.

Wie Sie wissen, sind die Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte bis jetzt durch die Generalverordnung vom 14. März 1814, betreffend die Organisation der Medizinalverfassung im Königreich, sowie durch das Gesetz vom 17. Juli 1822, betreffend die Uebernahme der Gehalte öffentlicher Aerzte auf die Staatskasse, geregelt gewesen; seit dieser Zeit hat eine prinzipielle Neuregelung nicht mehr stattgefunden, obwohl inzwischen sowohl die dienstlichen Aufgaben der Oberamtsärzte, als auch die allgemeinen Lebensverhältnisse total andere geworden sind. Unter diesen Umständen haben sich allmählich vollkommen unhaltbare Zustände herausgebildet, deren Beseitigung eine immer dringendere Notwendigkeit geworden ist.

Seit dem Jahre 1904 hat sich unser Verein fortgesetzt mit dieser Frage beschäftigt durch eingehende Beratungen auf unseren Versammlungen, durch wiederholte ausführliche Eingaben an das K. Medizinalkollegium, das K. Ministerium und die beiden Kammern, sowie auch durch persönliche Vortragung unserer Wünsche bei dem Herrn Minister des Innern und dem Herrn Ministerpräsidenten; aber auch die K. Regierung ist in dieser Zeit nicht müßig geblieben; schon im Jahre 1906 hat sie erstmals einen Entwurf zu einem Gesetz, betreffend die Dienst- und Gehaltsverhältnisse der Oberamtsärzte, ausgearbeitet,

dem dann im Jahre 1907 ein zweiter gefolgt ist; trotzdem ist aber noch eine längere Reihe von Jahren vergangen, bis die Frage endlich zur Entscheidung gelangt ist.

Nun steht das Werk fertig vor uns und wir wollen hoffen, daß es gut geraten ist.

Wohl werden durch das neue Oberamtsarztgesetz, wie das ja bei jeder so eingreifenden dienstlichen Neuorganisation der Fall sein wird, nicht alle Hoffnungen, die auf dasselbe gesetzt worden sind, voll befriedigt werden; es wird dies schon deshalb nicht möglich sein können, weil die persönlichen Verhältnisse und Interessen der einzelnen Kollegen so verschiedenartige sind, daß manches, was dem einen zum Vorteil gereicht, dem anderen nachteilig ist; es werden sich aber auch noch Wünsche allgemeiner Art geltend machen, wie z. B. bezüglich der Diäten und Reisekosten, die jedenfalls für die größeren Bezirke, insonderheit die Doppelphysikate, zweifellos unzureichend sind; in dieser Hinsicht wird es da und dort noch eines Ausgleichs bedürfen, wie sich das ja auch seinerzeit nach der Erlassung des preußischen Kreisarztgesetzes als notwendig erwiesen hat.

Im großen und ganzen werden wir aber mit der Neuregelung unserer Dienst- und hauptsächlich auch unserer Gehaltsverhältnisse recht wohl zufrieden sein können; das Gesetz ist ja mit wenig Aenderungen dem von der K. Regierung vorgelegten Entwurf entsprechend von den Landständen angenommen worden, und zwar in der Fassung, der unser Verein in der Versammlung vom 10. Mai 1908 zugestimmt hat, es sind in ihm auch die damals von uns geäußerten Wünsche größenteils berücksichtigt worden. Was speziell unsere Gehaltsverhältnisse betrifft, so sind diese sogar noch besser geworden, als sie in dem damaligen Entwurf vorgesehen gewesen sind, und sie können auch im Vergleich mit den Gehaltssätzen der anderen deutschen Bundesstaaten als durchaus angemessen bezeichnet werden, wie das auch aus einem Artikel in der letzten Nummer der Zeitschrift für Medizinalbeamte hervorgeht, in dem das württembbergische Oberamtsarztgesetz besprochen und in dem zum Schluß gesagt ist: „mit dem Inkrafttreten des Oberamtsarztgesetzes haben die württembergischen Medizinalbeamten in bezug auf ihre dienstliche Stellung und ihre Gehaltsverhältnisse zweifellos eine große Verbesserung erfahren, besonders wenn man bedenkt, daß das Anfangsgehalt verhältnismäßig hoch ist und ihnen auch Wohnungsgeld gewährt wird, daß ihr ganzes amtliches Einkommen pensionsfähig ist und daß ihnen, auch den vollbesoldeten, die Einnahmen aus ihrer gerichtsärztlichen, vertrauensärztlichen und sonstigen schulärztlichen Tätigkeit verbleiben."

Meine Herren! Angesichts dieses erfreulichen Erfolges, den wir errungen haben, haben wir heute nun aber auch eine Dankespflicht zu erfüllen gegen alle, die sich um das Zustandekammen des Oberamtsarztgesetzes verdient gemacht haben; in erster Linie gebührt unser Dank dem K. Ministerium des Innern, vor allem Seiner Exzellenz dem Herrn Minister v. Pischek, der unseren Wünschen gegenüber stets ein wohlwollendes Entgegenkommen gezeigt hat, sowie Herrn Ministerialrat Friedel, der die schwierige Aufgabe der Ausarbeitung der verschiedenen Gesetzentwürfe gehabt hat, sodann dem K. Medizinalkollegium, an der Spitze Herrn Präsident v. Nestle, und insbesondere auch Herrn Ministerialdirektor v. Rembold, der unsere Interessen nicht nur im Kollegium, sondern auch in der Kammer so warm vertreten hat, und endlich auch allen den Kollegen, die im Laufe der letzten Jahre durch Uebernahme von Referaten und durch Beteiligung an den Verhandlungen bei unseren Versammlungen zur Förderung des Werkes beigetragen haben.

Meine Herren! Ich schließe meinen Bericht, indem ich die Hoffnung ausspreche, daß das neue Oberamtsarztgesetz nicht nur unserem Stande, sondern auch dem ganzen Lande zum dauernden Segen gereichen möge.

III. Ausführungsverfügungen zum Oberamtsarztgesetz. Oberamtsarzt Dr. Maisch erstattete ein eingehendes Referat über die beiden vorhergenannten Verfügungsentwürfe[1]) (der dritte Entwurf war dem Verein erst unmittelbar vor dem Versammlungstermin zugegangen), wobei er folgendes ausführte:

a. Zum Entwurf des Vollzugsverfügung zu dem Oberamtsarztgesetz:

[1]) Die betreffenden, inzwischen erlassenen Verfügungen sind in der Beilage „Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung" zu dieser Nummer abgedruckt.

§ 1. Die Meldung um eine Oberamtsarztstelle ist in Zukunft an das Medizinalkollegium zu richten und bei dem Oberamtsarzt des Niederlassungsortes einzureichen. Bisher wurden beide Aemter — das Oberamtsphysikat und das Oberamt — bei einer solchen Meldung in Bewegung gesetzt. Die Meldung war beim Oberamt einzureichen und das Oberamtsphysikat wurde zur Aeußerung aufgefordert. Das hat zweifellos zu Mißständen geführt. Die jetzige Vereinfachung kommt berechtigten Wünschen der Aerzte entgegen. Da die Regierung und das Medizinalkollegium ohne einen Vertrauensmann, der den Bewerber näher kennt, nicht gut auskommen kann, so ist gegen diesen Instanzenweg Stichhaltiges nicht einzuwenden.

Auswärtige Bewerber haben ihre Meldung unmittelbar an das Medizinalkollegium zu senden.

§§ 2 und 3 handeln von der Stellvertretung.

Diese wichtige Frage ist in einer gewiß alle Beteiligten befriedigenden Weise gelöst.

Nur wäre vielleicht noch festzustellen, wer bei anzeigepflichtigen Krankheiten die Anzeigen entgegenzunehmen und die nötigen Ermittelungen anzustellen hat, sowie wie die Impfungen bezahlt werden, wenn die Stellvertretung gerade in die Impfzeit fällt (z. B. bei Krankheit des Oberamtsarztes). Im übrigen schlage ich einfach Annahme der beiden Paragraphen vor.

§ 4. Hier begegnen wir einer neuen Bezeichnung für unser Amt. Wenn beabsichtigt sein sollte, die seitherige Benennung unseres Amtes durch das Wort „Oberamtsarztstelle" zu ersetzen, so möchte ich hiergegen gewichtige Bedenken geltend machen:

Man kann wohl, wie dies in § 1 geschehen ist, von einer Bewerbung um eine Oberamtsarztstelle sprechen gerade so wie von einer Bewerbung um eine Kameralverwalters-, Oberamtmanns-, Oberförsterstelle, aber es wird niemand einfallen, das Amt dieser Beamten anders nennen zu wollen als Kameralamt, Oberamt, Forstamt. Diese Aemter haben Stellen unter sich, z. B. Landjägerstellen, Forstwartstellen usw. Es sind also den Aemtern untergeordnete Arbeitsgebiete, die mit dem Wort „Stelle" bezeichnet werden. Wollte man nun dem Amt, das die Oberamtsärzte bekleiden, die Bezeichnung einer Stelle beilegen, so müßte dies die Meinung hervorrufen, das Oberamtsphysikat sei dem Oberamt untergeordnet und diese Bezeichnung wäre sonach geeignet, das Ansehen des Amtes herabzudrücken. Manchem mag das als eine Aeußerlichkeit erscheinen, auf die wenig Wert zu legen ist, allein ich bitte diese Sache nicht für gering zu achten — die Selbständigkeit der Oberamtsärzte wird ohnedies und nicht mit Unrecht vielfach angezweifelt. — Wenn eine Verdeutschung durchaus verlangt wird, so möge eine Bezeichnung gewählt werden, die der Stellung und dem Arbeitsgebiet unseres Amtes entspricht. Ich stelle also den Antrag, das Wort „Stelle" als Bezeichnung für unser Amt zu verwerfen.

§ 5 handelt vom Urlaub. Hierdurch ist uns ein 4wöchiger bezw. einmonatiger Urlaub gewährleistet.

Zu wünschen ist, daß das Urlaubsgesuch vom Oberamtsarzt direkt dem Medizinalkollegium eingereicht wird und die Genehmigung auch dem Oberamtsarzt direkt erteilt wird. Die Meldung an das Oberamt, das Amtsgericht und das Landgericht samt der Bezeichnung des Stellvertreters müßte dann vom Oberamtsarzt an die bezeichneten Behörden gesendet werden.

§ 6 behandelt die Verpflichtung des Oberamtsarztes, den Sitzungen der Amtsversammlung, des Gemeinderats und des Bezirksrats auf Ersuchen des Vorsitzenden mit beratender Stimme anzuwohnen, wenn über Angelegenheiten des Gesundheitswesens verhandelt wird. Die Beratung erfolgt unentgeltlich, entstehende Reisekosten sind von den Gemeinden zu bezahlen.

§ 7. Oberamtsärztliche Geschäfte, die einem hauptamtlichen Stadtarzt übertragen sind, muß dieser in eigener Person besorgen. Bei der Schularzttätigkeit kann er sich von einem Hilfsarzt unterstützen lassen.

Diese Erlaubnis berührt nur den Stadtarzt in Stuttgart, wo die Zahl der Untersuchungen zu groß ist, als daß sie auf die Dauer von einem Arzte, der daneben noch andere Funktionen auszuüben hat, bewältigt werden könnte.

Der Anregung, die von verschiedenen Seiten an mich herangetreten ist,

ob nicht auch namentlich für nicht vollbeschäftigte Oberamtsärzte, die noch auf Privatpraxis angewiesen sind, eine Erleichterung durch die Möglichkeit, einen Distriktsarzt als Hilfsarzt beizuziehen, geboten werden könnte, möchte ich hiermit Folge geben.

§ 8 handelt von den Medizinalvisitationen in den Gemeinden. Hier möchte ich zu erwägen geben, ob nicht durch das Verlangen, daß die oberamtsärztlichen Gemeindevisitationen stets in Gegenwart des Oberamtsvorstandes oder seines Stellvertreters vorzunehmen seien, Kollisionen entstehen müssen. Schon bisher drängten sich oft die ärztlichen Gemeindevisitationen am Schlusse des Jahres zusammen. In Zukunft wird die beiden Teilen konvenierende Festsetzung der Tagfahrten auch in einfachen Bezirken weit mehr Schwierigkeiten machen, weil der Oberamtsarzt als Schul- und Impfarzt seine Termine auf längere Zeit hinaus festlegen muß, während der Oberamtmann doch auch nicht immer frei über seine Zeit verfügen kann. In ganz erhöhtem Maße werden Störungen eintreten bei Doppelämtern, wo die Abhaltungen für alle Beteiligten sich noch viel mehr geltend machen werden. Es sollte deshalb von diesem Gesichtspunkte aus zum mindestens die Möglichkeit gegeben sein, daß der Oberamtsarzt auch ohne Begleitung des Oberamtmanns die Visitation vornimmt.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist aber auch der, daß mit der Häufung von Pflichten dem Oberamtsarzt doch auch mehr Selbstständigkeit und mehr Rechte zugebilligt werden sollten.

Da nun doch unter dem Zwang der Verhältnisse sich diese gemeinsamen Tagfahrten nicht durchweg aufrecht erhalten lassen, so möchte ich den Wunsch aussprechen, daß wenigstens in sollen Fällen Freiheit gelassen werde, wo ein Zusammenarbeiten auf Hindernisse stößt.

Im übrigen bedeutet der § 8 einen Fortschritt insofern, als nunmehr ein 6jähriger Visitationsplan für sämtliche Gemeinden aufgestellt werden muß, während über den Zeitpunkt der Anberaumung der Visitationen sich der Oberamtsvorstand mit dem Oberamtsarzt rechtzeitig zu verständigen hat.

Die Kostenzettel für die entstehenden Diäten sind vierteljährlich dem Medizinalkollegium vorzulegen. Bezüglich der Reisekosten wurde im Landesausschuß folgender Antrag des Berichterstatters angenommen:

Im Interesse des Dienstes der vollbeschäftigten Oberamtsärzte, namentlich solcher mit 2 Bezirken, hält es der Landesausschuß für dringend geboten, daß bei der ausgedehnten auswärtigen Tätigkeit, die das Amt als Schul-, Impf- und Gerichtsarzt mit sich bringt, die Benutzung des modernen Verkehrsmittels, des Automobils, dem Oberamtsarzt ermöglicht wird, um die ermüdenden Reisen zu vereinfachen und die Kräfte des Oberamtsarztes für seine amtliche Tätigkeit frisch zu erhalten. Da die bestehenden Gebühren und Diäten zur Deckung der Unkosten nicht hinreichen, so hält es der Landesausschuß für dringend angezeigt, diese Frage einer den Verhältnissen entsprechenden Lösung entgegenzuführen. Der Landesausschuß bittet deshalb das K. Medizinalkollegium, die Frage zu untersuchen und den Antrag beim Ministerium des Innern zu befürworten.

Weitere Ausführungen hierüber erübrigen sich, denn es liegt auf der Hand, daß es nicht im Interesse des Amtes ist, wenn Zeit und Kraft des Oberamtsarztes durch die ermüdenden Reisen fast vollständig absorbiert werden und für das Dienstgeschäft nur wenig Zeit übrig bleibt, anderseits erleidet schon bisher der Oberamtsarzt, der ein Privatauto benutzt, großen Schaden, da er mit viel mehr Unkosten arbeitet und dann noch wegen geringeren Zeitaufwandes viel geringere Entschädigung erhält als ein anderer Beamter, der das billigere Beförderungsmittel benutzt.

Nun wurde mir gesagt, daß die Annahme des obigen Antrags keine Aussicht auf rasche Erledigung habe, weshalb ich einen vermittelnden Interimsantrag stellen möchte, dessen definitive Regelung auf dem Verordnungswege entsprochen werden könnte: In den Fällen, wo bei Benutzung eines Pferdefuhrwerks oder der gegebenen Bahn- und Postverbindung das amtliche Geschäft mit den Gebühren eines vollen Tages bezahlt werden müßte, soll auch dann ein voller Tag berechnet werden dürfen, wenn die Fahrzeit durch Benutzung eines Privatautos abgekürzt wird.

Bei Annahme dieses Antrags würden die Härten, die in der Nichtberücksichtigung des Autogebrauches liegen, wenigstens bis zu einem gewissen

Grad vorläufig beseitigt. Tatsächlich ist diese Berechnung von der Regierung des Jagstkreises längst anerkannt und jüngst auch vom Landgericht Hall angenommen worden.

§ 9. Durch diesen Paragraphen wird die längst gewünschte Fühlung des Oberamtsarztes mit dem Gewerbeinspektor hergestellt, was mit Freuden zu begrüßen ist.

§ 10 sagt: Bei polizeilichen Leichenöffnungen darf ein oberamtlicher Kanzleibeamter als Protokollführer zugezogen werden. Muß nicht in allen Fällen ein Protokollführer bei einer Sektion zugegen sein?

Dann wird dem Oberamtmann anheimgegeben, daneben noch den 2. oberamtlichen Beamten zur Teilnahme an der Leichenöffnung abzuordnen. In welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen soll dann dies geschehen?

§ 11 handelt von der Uebertragung oberamtsärztlicher Geschäfte an andere Aerzte. Erfreulich ist die Feststellung, daß mit gerichtsärztlichen Gutachten andere Aerzte nur dann betraut werden sollen, wenn besondere Umstände dies erfordern. Es wäre sehr erwünscht, wenn festgestellt würde, was unter besonderen Umständen zu verstehen ist. Bisher wurden z. B. zu Gutachten nach Körperverletzung immer der behandelnde Arzt statt des Gerichtsarztes zugezogen. Soll das jetzt anders werden? Wie z. B. in Baden, wo in allen solchen Fällen der Gerichtsarzt sein Gutachten abzugeben hat.

Bei gerichtlichen Leichenöffnungen soll in Zukunft der ständige Stellvertreter als 2. Arzt berufen werden. Entsprechend einem früheren Beschluß des Medizinalbeamtenvereins dürfte hier noch besonders ausgedrückt werden, daß bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden Gerichtsärzten der zuständige Gerichtsarzt über die technische Ausführung der Sektion entscheiden solle vorbehältlich der Befugnis des 2. Arztes seine abweichende Ansicht zu Protokoll zu geben.

§ 12 weist auf die Bestimmungen der Dienstanweisung bei Ausübung der Schularzttätigkeit hin und widmet seine besondere Fürsorge den im schulpflichtigen Alter stehenden Kindern, welche wegen eines Gebrechens nicht schulfähig sind. Ueber diese ist ein Verzeichnis anzulegen; der Schularzt hat bei seinen alljährlichen Untersuchungen nach diesen Kindern zu sehen und den Befund im Verzeichnis zu bemerken, eventuell die Unterbringung solcher Kinder in Anstalten zu beantragen und falls Fürsorgemaßnahmen angezeigt erscheinen, durch die Oberämter das Entsprechende in die Wege leiten zu lassen.

§ 13 handelt von den Beiträgen der Gemeinden für die schul- und impfärztliche Tätigkeit an den Staat.

Die Diäten- und Reisekostenrechnungen für Impfung und Schularzttätigkeit sind monatlich — spätestens bis zum 10. Tag des nächsten Monats — dem Medizinalkollegium vorzulegen.

§ 14 handelt von den Drucksachen, die vom Sekretariat des Medizinalkollegiums bis spätestens 1. März zu beziehen sind.

§ 15 wird bei dem Entwurf zur Schularztdienstanweisung besprochen werden.

§ 16. Die Annahme eines Hilfsarztes für die Besorgung der ärztlichen Praxis ist den Oberämtsärzten nicht gestattet. Selbstverständlich werden davon die Fälle der Anstellung eines Vertreters im Krankheitsfall oder während des Urlaubs nicht berührt.

§ 17. Wie bisher so haben auch fernerhin die Oberamtsärzte Listen zu führen über die Aerzte, Zahnärzte, Wundärzte, Apothekenvorstände und Hebammen. Jetzt sind auch Verzeichnisse anzulegen 1. über Personen, die sich mit der gewerbsmäßigen Krankenpflege befassen, 2. über Personen, die ohne hierzu öffentlich ermächtigt zu sein, die Heilkunde bei Menschen ausüben und 3. über die auf eigene Rechnung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tätigen Hilfspersonen. Diese Personen sollen durch das Oberamt zur Anmeldung beim Oberamtsarzt aufgefordert werden.

Der letzte Paragraph enthält die durch das Oberamtsarztgesetz und die Vollzugsverfügung hinfällig gewordenen Vorschriften, die nunmehr aufgehoben sind.

b. Zu dem Entwurf der Schularztdienstanweisung.

Die Besprechung des Entwurfs der neuen Dienstanweisung für den Schularzt, die einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem früheren bedeutet, geschieht am besten in der Weise, daß ich Ihnen an der Hand dieses Entwurfs die künftige Tätigkeit des Schularztes vorführe. Die §§ 1 und 2 grenzen das Arbeitsgebiet und den Wirkungskreis des Schularztes im allgemeinen ab. Die Tätigkeit erstreckt sich auf die in Abs. 1 angegebenen Schulen. Die Obliegenheiten bezüglich der Schulgebäude und der dazu gehörigen Einrichtungen bestehen in der Aufsichtsführung über den Zustand derselben und waren schon früher Sache des Oberamtsarztes;

2. soll für die Wahrung der gesundheitlichen Anforderungen beim Unterricht gesorgt werden;

3. handelt es sich um Feststellung und Verhütung der Verbreitung von Krankheiten und Gebrechen, zu welchem Zwecke die Schüleruntersuchungen eingeführt werden.

Bei Abs. 4 ist die Frage, ob die Begutachtung der Gesuche um Befreiung von der Teilnahme an einzelnen Unterrichtsfächern nur in den Fällen geschehen soll, in denen kein hausärztliches Zeugnis vorliegt oder in allen Fällen. Das Gleiche gilt von der Mitwirkung bei der Zurückstellung noch nicht schulreifer Kinder sowie bei Zuweisung von schwachbegabten Kindern an eine Hilfsschule.

§ 2 führt die Aufsicht über die Gebäude näher aus. Auch in den Fällen, in denen besondere Schulärzte staatlich zugelassen sind, hat der Oberamtsarzt die Bauplätze und Baupläne zu begutachten und die Untersuchung der Schulgebäude bei der ärztlichen Gemeindevisitation vorzunehmen, während diese Untersuchung wegfällt in den Fällen, in denen der Oberamtsarzt selbst Schularzt ist.

Von Anständen, die hierbei gefunden werden, hat der Oberamtsarzt dem Schulvorstand, bei Volksschulen dem Ortsschulrat schriftlich Anzeige zu machen und sich von der Ausführung der getroffenen Anordnung bei der nächsten dienstlichen Anwesenheit zu überzeugen.

§ 3. Vor Beginn der ärztlichen Schulvisitationen ist ein Hauptplan zu entwerfen, der sich übers ganze Schuljahr erstreckt und alljährlich sämtliche Schulen abwechselnd im Sommer und Winter während der Unterrichtszeit zu umfassen hat. Hierzu ist eine Verständigung mit den Bezirksschulaufsehern (Vorständen) nötig, um Kollisionen mit den Visitationen des Bezirksschulinspektors zu vermeiden und über die Zeit der Ferien instruiert zu sein. Dieser Hauptplan ist dem Ortsschulrat (bei höheren Schulen den Schulvorständen) sowie den Bezirksschulaufsehern mitzuteilen. Die tatsächliche Vornahme des Besuchs ist in der Regel mindestens eine Woche zuvor den genannten Schulbehörden anzuzeigen. Die Klassenlehrer haben hierzu die Eltern der Schüler einzuladen (Anlage 2a und b). Bezüglich der zur Verfügung zu stellenden Räume, deren Ausrüstung sowie der Hilfspersonen sind gleichfalls im voraus Anträge zu stellen. Außer den Schülern sind zu dieser Visitation auch sämtliche nichtschulfähigen Kinder vorzuladen. Unangemeldete Besuche sind nur aus besonderen Gründen gestattet. Es wäre wünschenswert, wenn über die Art dieser Gründe Näheres bestimmt wäre. Als Hilfspersonen denke ich mir an den Orten, wo eine Krankenschwester tätig ist, diese, andernfalls bei Knaben ein Lehrer, der von Amts wegen zu beauftragen ist, Schreibhilfe zu leisten und Aufsicht über die Kinder zu führen. Bei Mädchenuntersuchungen, bei denen die Lehrer nicht mitwirken dürfen, muß eine geeignete Frauensperson aufgestellt werden.

Nach diesen Vorbereitungen beginnt zum festgesetzten Termin die Visitation mit der Besichtigung sämtlicher zum Schulbetrieb gehörenden Gebäude. Dann ist

§ 4 zu achten auf Lüftung, Heizung, Beleuchtung, Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung, Schulreinigung, Stellung der Schulbänke, Sitzordnung der Schüler und Schülerinnen nach Größe, Gehör und Sehvermögen sowie auf Körperhaltung und Reinlichkeit der Schüler.

§ 5. Ebenso ist der Einfluß des Stundenplanes, Unterrichtsdauer und Unterrichtspause auf die Gesundheit der Schüler sowie die Beschaffenheit der Lehrmittel zu prüfen. Bei Schülern, die aus gesundheitlichen Gründen von

einzelnen Unterrichtsgegenständen befreit sind, ist nachzuprüfen, ob der Behinderungsgrund noch vorliegt. Ganz besonders wichtig ist auch der Hinweis auf etwaige Erkrankung der Lehrer (Tuberkulose). Beobachtete Mängel sind dem Bezirksschulinspektor (Schulvorständen) mitzuteilen. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten zwischen Schularzt und Bezirksschulaufseher (Schulvorständen) ist die Entscheidung der Oberschulbehörde einzuholen.

Wünschenswert wäre eine bestimmte Feststellung, ob die Schulvisitation nur während der gewöhnlichen Schulzeit ausgeführt werden darf oder ob je nach dem Bedarf des Schularztes nicht auch außerhalb der normalen Schulzeit mit den Untersuchungen fortgefahren werden dürfte.

Die Bestimmung, daß die Untersuchung der Kinder, die sich z. B. heuer auf sämtliche Kinder des 1. Schuljahres, also die im Jahre 1913 eingetretenen, dann bezüglich der Augenuntersuchungen auf die im Jahre 1912 eingetretenen, dann auf die im 4. und die im 7. (8.) erstreckt, stets in einem besonderen Raum oder in Abwesenheit der übrigen Kinder stattfinden soll, läßt sich wohl kaum durchführen, da das An- und Auskleiden, während dessen der Schularzt untätig warten müßte, bis das nächste Kind zur Untersuchung bereit steht, vielzuviel Zeit wegnehmen würde. Eine Absonderung durch eine spanische Wand, hinter der die Untersuchung vor sich ginge, dürfte vollauf genügen. Die Untersuchungen der Brust und Bauchorgane (Bruchanlage) sind ohne Entkleidung nicht möglich. Bei Mädchen ist dies nur gestattet, wenn die Erziehungsberechtigten keine Einsprache erheben.

Diese Fassung ist besser als die im früheren Entwurf, wo die Entkleidung nur dann vorgesehen war, wenn die Erziehungsberechtigten eine Untersuchung wünschten. Auf tuberkulöse Kinder, auf Krüppel und auf Stotterer ist besonderes Augenmerk zu richten. Die Fürsorge gerade für solche Kranke und Gebrechliche ist ja besonders erfolgreich.

§ 7. Außer den 3 Untersuchungen 1., 4., 7. Schuljahr sollen bei Vollanstalten für die männliche Jugend noch Untersuchungen vor Ablegung der Reifeprüfung vorgenommen werden. Bei den Schlußuntersuchungen ist festzustellen, wie sich der Körper während der Schulzeit entwickelt hat; auch ist den zur Schulentlassung kommenden Kindern ein geeigneter Rat für die Berufswahl zu erteilen. Was die Gesundheitsbogen anlangt, so wäre anzuordnen, daß die Personalien durch den Lehrer im voraus eingetragen werden. Zum leichteren Aufsuchen würde es sich empfehlen, die Namen der Kinder links oben einzusetzen. Größe und Gewicht sollten gleichfalls schon vor Beginn der ärztlichen Untersuchungen vom Lehrer festgestellt und in eine zu erstellende Rubrik eingetragen werden.

Bei normalem Befund dürfte ein Strich genügen, dafür sollte für krankhafte Veränderungen etwa unter „sonstige Bemerkungen“ ein größerer Raum freigelassen werden. Bei den Schülern und Schülerinnen der übrigen Jahrgänge ist nur eine einfache Besichtigung vorzunehmen. Erregt diese Besichtigung den Verdacht einer krankhaften Veränderung, so hat sich eine genaue Untersuchung anzuschließen. Von allen krankhaften Befunden wird den Erziehungsberechtigten vom Arzte direkt Mitteilung gemacht nach dem Muster in Anlage 3. Stellt sich bei der nächstjährigen Untersuchung heraus, daß die Mitteilung an die Eltern und etwaige Ratschläge zur Einleitung eines Heilverfahrens oder bezüglich der Berufswahl keinen Erfolg gehabt hat, so ist der Rat zu wiederholen und hievon gleichzeitig bei Volksschulen dem zum Mitvorsitzenden des Ortsschulrats berufenen Geistlichen, im übrigen den Schulvorständen Mitteilung zu machen. Es steht dem Schularzt frei, in persönlicher Rücksprache die Erziehungsberechtigten zur Beiziehung ärztlicher Hilfe oder zur Einleitung eines Heilverfahrens zu veranlassen, in besonderen Fällen ist es Pflicht des Schularztes, nach den obwaltenden Verhältnissen zu sehen. Soweit erforderlich, können auch den Lehrern geeignete Ratschläge bezüglich der Behandlung der mit einem Gebrechen behafteten Kinder erteilt werden. Ganz besonders wertvoll ist die Fürsorge, die die Versicherungsanstalt unter Umständen bei tuberkulösen Kindern, deren Eltern der Landesversicherung unterliegen, auf ihre Rechnung eintreten läßt.

Der Schularzt ist nicht Schülerarzt, er hat aber die Pflicht, bei Bedürftigen in geigneten Fällen den Gemeindebehörden ein Eingreifen nahezulegen

Die Untersuchungen in den Kleinkinderschulen beschränken sich auf Besichtigung der Schulräume und der Schüler, ohne eingehendere Untersuchung.

In Gewerbe- und Handelsschulen für die männliche Jugend ist der jüngste Jahrgang daraufhin zu untersuchen, ob gegen den gewählten Beruf keine Bedenken bestehen. Von etwaigen Bedenken ist den Erziehungsberechtigten schriftlich Kenntnis zu geben. In Hilfsschulen sind sämtliche Kinder eingehend zu untersuchen.

§ 14. Es ist auch darnach zu sehen, ob die Vorschriften betreffend ansteckende Krankheiten beachtet werden. Sämtliche nichtschulfähige Kinder sind alljährlich zu visitieren, eventuell ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen oder kann der Schularzt selbst nach dem Kinde sehen. Die Befunde sind in das vorgeschriebene Verzeichnis einzutragen. Ist Anstaltsbehandlung vorzuziehen, so ist unter Bezeichnung der in Betracht kommenden Anstalt Rat zu erteilen.

§ 16. Alle 5 Jahre ist eine Uebersicht über anstaltsbedürftige Kinder nach dem Muster der Anlage 4 zu fertigen und erstmals am 1. April 1915 über die im Schuljahr 1914 festgestellten Kinder einzusenden.

§ 17. Auf Wunsch der Oberschulbehörde oder des gem. Oberamts hat der Schularzt in besonders wichtigen Fällen besondere außergewöhnliche Untersuchungen vorzunehmen und sein Gutachten abzugeben. Die hierdurch entstehenden Diäten und Reisekosten sind dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung vorzulegen. Bei Bezirksschulversammlungen hat der Schularzt soweit möglich, jedenfalls aberbei der Beratung sanitärer Fragen anzuwohnen.

§ 19. Für jedes Oberamt ist ein besonderer Schulbericht zu liefern, der den Oberschulbehörden vom Medizinalkollegium zur Einsichtnahme mitgeteilt wird. Den beteiligten Oberämtern und Bezirksschulaufsehern sind diese Schulberichte zur Kenntnis zu bringen. Die besonderen Schulärzte sind verpflichtet, dem Oberamtsarzt die erforderlichen Aufschlüsse zu geben und ihm etwaige Uebersichten zu liefern. Die im Hauptamt angestellten Gemeindeärzte, die zugleich Schulärzte sind, legen ihre Berichte unmittelbar dem Medizinalkollegium vor.

Im Anschluß an die hier vorgeschriebene direkte Einsendung des Schularztberichtes an das Medizinalkollegium möchte ich anfügen, daß an mich die Anfrage gestellt worden ist, ob die Vorlage des Physikatsberichts gleichfalls direkt vom Oberamtsphysikat an das Medizinalkollegium zu geschehen hat. Dies dürfte wohl der vorgeschriebene Weg sein um so mehr, als dem Oberamtsarzt von etwaigen Bemerkungen des Oberamts sonst keine Kenntnis zukommen würde.

M. H.! Wenn wir das Oberamtsarzt- und Schularztgesetz überblicken, so können wir sagen: am besten weggekommen sind die Gemeinden. Sie haben um einen, man darf wohl sagen im Verhältnis zu unserer Arbeit beschämend niedrigen Preis einen Schularzt, der für die gedeiliche Entwicklung ihrer Kinder, soweit es im Rahmen dieser Tätigkeit möglich ist, fortgesetzt Sorge trägt und ihnen für die Unterbringung kranker und gebrechlicher Kinder wertvolle Ratschläge zu erteilen hat.

Wie sich die Oberamtsärzte bei der Neuordnung stellen werden, das steht noch dahin. Die Vollbesoldeten geben in der Mehrzahl ihre Praxis auf, die ihnen das Mehrfache von dem eintrug, was sie in Zukunft über den seitherigen Gehalt hinaus beziehen werden. Aber sie haben dafür eingetauscht eine vom Publikum vollständig unabhängige Stellung und haben nicht mehr nötig, bei Tag und Nacht jedem Rufe Folge leisten zu müssen.

Von den Nichtvollbesoldeten ist vielfach über die Einteilung in verschiedene Kategorien geklagt worden. Da die größeren Plätze mehr Gelegenheit zur Stadtpraxis bieten, die mit weniger Unkosten verbunden ist als die Landpraxis, so halten sie die Voraussetzung, unter der diese Abstufung geschehen ist, für nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend. Ob eine Bitte um Abänderung der Einteilung in Kategorien im jetzigen Zeitpunkt noch Erfolg haben kann, ist zweifelhaft. Vielleicht hat die Regierung die Möglichkeit, darauf einzuwirken, daß den Oberamtsärzten die Tätigkeit als Arzt in den Krankenhäusern sowie als Bahnarzt reserviert wird, was ja tatsächlich jetzt schon in den meisten Fällen der Fall ist, ebenso wie die Tätigkeit als

Gutachter für die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft auch fast überall den Oberamtsärzten zufällt.

So können wir zusammenfassend sagen: Wenn auch nicht alle unsere Wünsche befriedigt sind und die bevorstehende Belastung mit der Schularzttätigkeit manchem Kollegen Alpdrücken verursacht, so ist doch das neue Oberamtsarztgesetz ein Werk, über das wir uns freuen dürfen.

Wenn wir bedenken, welche Schwierigkeiten zu überwinden waren, bis der glückliche Abschluß erreicht war, so haben wir allen Grund, den Männern, die sich all die Jahre her mit dem Gesetz zu befassen hatten, unseren Dank und unsere Anerkennung zu zollen.

An die Erstattung dieser beiden Referate hat sich eine lebhafte **Diskussion** angeschlossen, an der sich außer einer größeren Anzahl von Vereinsmitgliedern insonderheit auch die beiden Vertreter der K. Regierung und des K. Medizinalkollegiums beteiligt haben.

Zu a.

1. Zu § 2 Abs. 1.

Bezüglich der Frage der Stellvertretungen sollte noch angegeben werden, ob die Erhebungen bei ansteckenden Krankheiten zu den wichtigeren Amtsgeschäften zu zählen sind, die der benachbarte Oberamtsarzt vorzunehmen hat, oder zu den unwichtigeren, die einem in der betreffenden Oberamtsstadt ansässigen Arzt übertragen werden können.

2. Zu § 3 Abs. 1.

Der Paragraph sollte noch eine genauere Bestimmung über die Belohnung der Stellvertreter für einzelne amtliche Verrichtungen, z. B. für die Vornahme ven Impfungen, enthalten; da eine solche Bestimmung aber wohl nur auf Grund einer Abänderung der Gebührenordnung vom 17. März 1899 getroffen werden kann, so wäre zu wünschen, daß diese Gebührenordnung, die auch bezüglich der übrigen in ihr enthaltenen Gebührensätze allmählich vollkommen veraltet ist, in tunlichster Bälde einer zeitgemäßen Umänderung unterzogen würde; eingehende Vorschläge hierfür hat der Medizinalbeamtenverein schon im Jahre 1909 gemacht (cf. Württ. Correspondenz-Blatt vom Jahr 1909, Nr. 21 Beilage).

3. Zu § 4.

Anstatt der Amtsbezeichnung „K. Oberamtsarztstelle" oder „K. Oberamtsphysikat" sollte die Berzeichnung „der K. Oberamtsarzt" eingeführt werden; dementsprechend wären den Oberamtsärzten auch andere Amtsiegelstöcke zuzustellen.

4. Zu § 5.

Die Urlaubsgesuche der Oberamtsärzte sollten von diesen direkt an das K. Medizinalkollegium einzureichen sein, und nicht durch die Vermittlung des Oberamts.

5. Zu § 6 Abs. 2.

Bezüglich der Verpflichtung der Gemeinden, für Beratungen des Oberamtsarztes auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens die Reisekosten zu bezahlen, sollte noch besonders bemerkt werden, daß neben den Reisekosten auch noch die entsprechenden Diäten zu bezahlen sind.

6. in § 8 Abs. 2 sollte anstatt „die ärztlichen Gemeindevisitationen sind in der Regel alle 6 Jahre in Gegenwart des Oberamtsvorstands etc. vorzunehmen" gesagt werden „sind alle 6 Jahre, in der Regel in Gegenwart des Oberamtsvorstands vorzunehmen"; ferner sollte in dem letzten Satz dieses Absatzes noch eingefügt werden, daß dem Oberamtsarzt außer von den, wegen der Erledigung der vorgefundenen Anstände getroffenen Verfügungen auch von den Erledigungsberichten der Gemeindevorstände durch das Oberamt Kenntnis zu geben ist.

7. in § 10 sollte bezüglich der Anwesenheit oberamtlicher Beamter bei Legalsektion anstatt „darf ein oberamtlicher Kanzleibeamter als Protokollführer zugezogen werden" gesagt werden „ist ein etc. zuziehen".

8. Zu § 10 Abs. 2, der davon handelt, daß in den staatlichen Unterrichtsanstalten mit Beherbergung und Verköstigung von Zöglingen, sowie an

den Waisenhäusern der Hausarzt die Stellung des Schularztes einzunehmen habe, sollte ganz gestrichen werden; ferner wäre zu Abs. 4 dieses Paragraphen noch zu bemerken, daß bezüglich der Zuziehung eines anderen Sachverständigen als des zuständigen Gerichtsarztes durch die Gerichte der Medizinalbeamtenverein einen ganz besonderen Wert auf die Beibehaltung der Vorschrift legt, daß in solchen Fällen die näheren Umstände, die die Zuziehung eines solchen Sachverständigen erforderlich gemacht haben, auf der Kostenrechnung jeweils zu vermerken sind.

9. Bezüglich der Reisekosten und Diäten wäre zu wünschen, daß den Oberamtsärzten, und zwar den nicht vollamtlichen ebenso wie den vollamtlichen, die Benutzung eines Autos zu ihren Dienstreisen nach Tunlichkeit ermöglicht würde, wozu gleichfalls eine entsprechende Abänderung der Gebührenordnung vom 17. März 1899 § 13—16 notwendig werden dürfte.

10. Anläßlich der zur Zeit häufig vorkommenden Fälle, daß Broschüren, Merkblätter u. dergl. an das Heilpersonal verteilt werden sollen, bittet der Medizinalbeamtenverein, es mögen mit deren Verschickung künftighin nicht mehr die Oberamtsärzte, sondern die Oberämter beauftragt werden. Die Verbreitung derartiger, dem allgemeinen Volkswohl dienenden Belehrungen würde an und für sich ja wohl zu den gemeinsamen Aufgaben der Oberämter und der Oberamtsärzte gehören; da den ersteren ein für solche Bureauarbeiten notwendiges Personal zur Verfügung steht, den letzteren aber nicht, so dürfte der Wunsch der Oberamtsärzte als berechtigt erscheinen, daß sie künftighin mit diesen Expeditionsaufträgen verschont werden mögen.

Zu b.

1. Ziff. III c steht im Widerspruch mit § 13 der Schularztdienstanweisung; während in letzterer gesagt ist „in den allgemeinen Fortbildungs- und Sonntagsschulen findet eine schulärztliche Tätigkeit nicht statt", ist in ersterer gesagt „die Tätigkeit des Schularztes erstreckt sich auch auf die allgemeinen Fortbildungs- und Sonntagsschulen".

2. In Ziff. IV § 6 sollte noch ausdrücklich bemerkt werden, daß die Klassenlehrer verpflichtet sind, bei den ärztlichen Schuluntersuchungen mitzuwirken, auch wenn diese nicht während der gewöhnlichen Schulzeit, z. B. Nachmittags, vorgenommen werden.

3. Zu Ziff. 4 § 10. Im militärischen und forensischen Interesse wäre es dringend zu wünschen, daß die Gesundheitsbogen bei der Entlassung der Schüler aus der Schule nicht dem Erziehungsberechtigten zurückgegeben, sondern von den betreffenden Schulvorständen bis zum zurückgelegten 24. Lebensjahre der Untersuchten aufbewahrt werden.

Zu c: Einführung des schulärztlichen Dienstes.

1. In § 6 sollte noch eingesetzt werden: die Untersuchung der Kinder hat womöglich in einem besonderen Raum oder in Abwesenheit der übrigen Schüler stattzufinden.

2 In § 14 Abs. 1 sollte noch angegeben werden, wer in den Orten, in denen der Oberamtsarzt nicht selbst Schularzt ist, für die Stellung eines Antrags auf Schließung einer Schule beim Ausbruch einer ansteckenden Krankheit zuständig ist, der Oberamtsarzt oder der Schularzt.

3. In dem Formular für den Gesundheitsbogen Anlage I sollte in Ziff. f (Augenbefund) die Angabe des Brechungszustands der Augen in Wegfall kommen, da eine diesbeügliche Feststellnng dem Schularzt nicht möglich ist.

Die Anträge wurden sodann dem K. Ministerium des Innern und dem K. Medizinalkollegium zur Kenntnisnahme und Berücksichtigung überwiesen.

Zwischen der Erstattung des ersten und zweiten Referats hatte Herr Prof. Dr. Gastpar (Stuttgart) die Güte, eine von ihm schon seit Jahren angewendete Methode der schulärztlichen Augenentzündungen mittelst eines von ihm hierzu konstruierten Apparats praktisch vorzuführen; die Versammlung nahm seine Ausführungen mit großem Interesse entgegen.

Nach Schluß der Versammlung fand eine zwangslose Vereinigung der Vereinsmitglieder in den Wirtschaftsräumen des Museums statt.

Dr. Köstlin, Vorsitzender. Dr. Schwarzkopf, Schriftführer.

Bericht über die Herbstversammlung des Badischen staatsärztlichen Vereins am 19. Oktober 1912 in Freiburg i./Br.

Aus Anlaß eines in Freiburg stattfindenden Fortbildungskurses für eine Anzahl von Bezirksärzten wurde die Herbstversammlung des Badischen staatsärztlichen Vereins dahin einberufen. Anwesend waren 31 Mitglieder.

I. Eröffnung und geschäftliche Angelegenheiten.

Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Becker-Freiburg begrüßte die Erschienenen, insbesondere auch den Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Hauser, sowie den als Gast erschienenen Privatdozenten Dr. Link-Pforzheim.

Aus dem Geschäftsberichte ergibt sich, daß der Verein zurzeit 115 Mitglieder zählt. Neuaufgenommen sind im Laufe des Berichtsjahres 9 Mitglieder; ausgetreten 2 (Dr. Schram und Dr. Hennemann) und gestorben 3: Med.-Rat Dr. Stark-Lörrach, Med.-Rat Dr. Schatz-Tauberbischofsheim und Geh. Med.-Rat Dr. Ribstein, Arzt des Landesgefängnisses in Freiburg. Der Vorsitzende widmet den verstorbenen Kollegen einen warmen Nachruf; die Anwesenden erheben sich zu deren ehrenden Andenken von ihren Sitzen.

Aus dem Kassenbericht geht hervor, daß der Verein zurzeit einen Kassenbestand von 1644 M. 11 Pf. besitzt.

Neu aufgenommen werden der Großh. Bezirksarzt Dr. Staatsmann in Schönau und der staatsärztlich geprüfte praktische Arzt Dr. Frey in Durmersheim.

II. Vorträge:

1. Ueber Gefrierefleisch. Berichterstatter Prof. Dr. Hahn, Direktor des hygienischen Universitätsinstitus in Freiburg.

Die Behandlung des vorliegenden Themas soll hier ausschließlich vom Standpunkte des Hygienikers, d. h. wesentlich vom Standpunkte der Volksernährung aus erfolgen; damit ist schon gesagt, daß rein wirtschaftliche und veterinärpolizeiliche Gesichtspunkte nicht erörtet werden sollen. Es wird sich aber im Laufe der Besprechungen nicht vermeiden lassen, wenigstens den Zusammenhang zwischen dem Nährwert des in der Kälte konservierten Fleisches, dem Geschmackswert und der Preisbildung zu beleuchten.

Die Fortschritte der modernen Technik haben es mit sich gebracht, daß wir eigentlich jetzt 2 Arten von in der Kälte konserviertem Fleisch unterscheiden müssen, nämlich 1. gefrorenes Fleisch und 2. gekühltes Fleisch. Dieser Unterschied, der in England den meisten maßgebenden Persönlichkeiten schon vollständig geläufig ist, tritt in den Diskussionen über diesen Gegenstand, die jetzt in Deutschland geführt werden, nicht immer mit genügender Schärfe hervor. Wir verstehen unter gefrorenem Fleisch oder Gefrierfleisch diejenigen ausgeschlachteten Teile, die einer Behandlung bei Temperaturen von unter Nullgrad solange unterworfen sind, bis das in ihnen enthaltene Wasser in den Eiszustand übergeführt ist. Dagegen wird das gekühlte Fleisch nur Plus-Temperaturen bis nahe dem Nullgrad, in der Regel nur bis $+ 3^0$ unterworfen und kann daher niemals durch und durch gefroren erscheinen, höchstens könnte die Eisbildung einmal die alleroberflächlichte Schicht betreffen. Wir müssen diesen Unterschied scharf betonen, weil er, wie wir noch sehen werden, im Geschmackswert und im Preise zum Ausdruck kommt.

Die Konservierung durch die Kälte beruht selbstverständlich auf der Entwicklungshemmung der in jedem Schlachtfleisch enthaltenen Keime. Wie Emmerich vor allem durch eingehende Versuche gezeigt hat, erfolgt die Infektion des Fleisches in der Regel von den Blutgefäßen aus, von denen aus die Keime, die wohl der Mehrzahl nach aus dem Darme stammen, nach dem Tode des Tieres in die Muskelsubstanz einwandern. Selbstverständlich ist aber Gelegenheit zur Einwanderung von Keimen auch von der Oberfläche her gegeben; denn wenn auch in der Regel namentlich die an der Luft rasch trocknenden Faszien eine schützende Hülle um das Fleisch bilden, die wir bis zu einem gewissen Grade als bakteriendicht betrachten dürfen, so bieten doch frische Schnittflächen, wie sie bei jeder Schlachtung entstehen, eine ungemein günstige Eingangspforte für fleischzersetzende Bakterien dar, solange sie noch nicht eingetrocknet sind. Bei der Kältekonservierung hat man mit einem Fleisch zu rechnen, das bereits Bakterien im Innern enthält, deren Vermehrung,

wie bereits erwähnt, durch die Kälte verhindert wird. Die Bakterien selbst werden aber durchaus nicht etwa, selbst wenn Temperaturen von weit unter Nullgrad angewendet werden, der Mehrzahl nach vernichtet; sie bleiben vielmehr größtenteils auch im Gefrierfleisch erhalten. Auf diese Weise erklärt es sich, daß nach dem Auftauen das Gefrierfleisch der Zersetzung ebenso anheimfällt, wie frisches Fleisch beim Aufbewahren; ja, es wird von den meisten Beobachtern angegeben, daß nach dem Auftauen dieser Zersetzungsprozeß sogar schneller vorwärts schreitet, wie bei einem frisch geschlachteten Fleisch. Wir können diese Tatsachen ungezwungen darauf zurückführen, daß im frisch geschlachteten Fleisch sich noch ein Rest der bakterientötenden Eigenschaten geltend macht, die im Leben in allen Organen und Säften des Körpers nachweisbar sind und eine der Grundlagen der natürlichen Resistenz gegen Bakterieninfektionen bilden, während im gekühlten und gefrorenen Fleisch im Laufe der Aufbewahrung diese Eigenschaften verloren gegangen sind.

Die Kenntnis von der konservierenden Eigenschaft der Kälte ist eine uralte; schon die Konservierung der Leichen in Eis und Schnee mußte darauf hinweisen.[1]) Einer der ersten Versuche, Fleisch durch Kälte zu konservieren, wird von den Engländern Lord Bacon zugeschrieben, der 1626 Geflügel durch Schnee zu konservieren versucht und sich bei diesem Experiment die Erkältung zugezogen haben soll, die das Leben dieses ungemein vielseitig begabten Mannes endete. Im Jahre 1816 sollen bereits drei Eskimos gefrorenes Fleisch in luftdicht verschlossenen Kästen nach England transportiert und dort verkauft haben.

Die weitere Entwicklung der Fleischkonservierung durch die Kälte ist eng verknüpft mit der technischen Entwicklung der Kälteindusrie überhaupt, deren Anfänge bereits auf das erste Viertel des 19. Jahrhunderts zurückgehen. Das Bedürfnis auch in Ländern, wo die Temperatur selten unter Nullgrad sinkt, Kälte und Eis künstlich zu erzeugen und zur Konservierung von Nahrungsmitteln zu benutzen, regte sich in dem Maße, als die Preise der Lebensmittel stiegen; diese beiden Bedingungen waren wohl in England mit seinem vergleichsweisen milden und gleichmäßigen Klima, mit seiner frühzeitigen und raschen Industrialisierung am ehesten gegeben. Tatsächlich rühren auch die meisten Erfindungen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf dem Gebiete der Kältetechnik von Engländern her; deutsche Namen treten in der Liste der Patente erst in der zweiten Hälfte des gleichen Jahrhunderts auf. Wir dürfen aber mit Stolz darauf hinweisen, daß den maßgebendsten Einfluß auf die Entwicklung der Kälteindustrie in den letzten Dezennien die Arbeiten Karl von Linde's gewonnen haben.

Die ersten Versuche, die man machte, Fleisch längere Zeit in der Kälte zu konservieren, ließen schon sehr bald die Erkenntnis reifen, daß vor allen Dingen die dauernde Aufrechterhaltung einer gleichmäßigen niedrigen Temperatur notwendig sei, wie sie durch Kühlhäuser, die mit Natureis arbeiten, wohl kaum je erreichbar ist. Durch Schwankungen in der Temperatur kommt es aber auf der Oberfläche des Fleisches leicht zu Wasserkondensationen, die die Entwicklung der zersetzenden Mikroorganismen begünstigen. Es handelt sich also viel weniger darum, die Temperatur etwa noch um 1 oder 2 Grad niedriger zu halten, als es in Eiskühlhäusern der Fall sein kann, als vielmehr darum, Temperaturschwankungen und eine zu feuchte Luft zu vermeiden. So sind die Erfolge des Importes von gefrorenem und gekühltem Fleisch auch eng mit dem Zeitpunkte verknüpft, wo es nicht nur gelang, Eis künstlich darzustellen, sondern die Luft in Kühlräumen dauernd auf einer gleichmäßig niedrigen Temperatur zu erhalten.

Wir können gegenwärtig drei verschiedene Prinzipien der Kühlung für die Konservierung von Nahrungsmitteln unterscheiden, die aber alle drei, eigentlich auf dieselbe hinlänglich bekannte physikalische Tatsache zurückgehen. Wenn wir ein Gas, sei es nun ein Gasgemisch wie Luft oder ein reines Gas wie Ammoniak, Kohlensäure, schweflige Säure, durch Kompression unter starkem Druck verflüssigen und später sich ausdehnen lassen, so benötigt das Gas zu seinem Uebergange vom flüssigen in den dampfförmigen Zustand Wärme, die es seiner Umgebung entzieht, die dadurch abgekühlt wird. Die drei Systeme

[1]) Ein großer Teil der hier angeführten Daten ist einem sehr lesenswerten, vor kurzem erschienenen Werke: „A history of the frozen meat trade by J. T. Critchell and J. Raymond, Constable & Co. Ltd. 1912 entnommen.

unterscheiden sich nun dadurch, daß wir einmal die Luft, die wir abkühlen wollen, in direkten Kontakt bringen können mit dem Röhrensystem, in dem die Ausdehnung des komprimierten Gases stattfindet. Dementsprechend müssen wir dieses Röhrensystem direkt in die Kühlkammer verlegen. Beim zweiten System bedienen wir uns einer Salzlösung, gewissermaßen als Transporteur der Kälte, indem wir eine größere Menge von Salzlösung in einem gesonderten Raum durch Vermittlung eines Röhrensystems, das die sich ausdehnenden Gase enthält, abkühlen und die kalte Salzlösung in einem Röhrensystem durch die Kühlkammern leiten. Bei der dritten Anordnung, die jetzt in den meisten Schlachtkühlhäusern gebraucht wird, wird die Luft, ehe sie in die Kühlkammern geleitet wird, abgekühlt entweder direkt durch ein Röhrensystem, in denen Gase, die sich ausdehnen, zirkulieren, oder aber durch Salzwasser, das seinerseits eine Temperaturerniedrigung durch ein derartiges Röhrensystem erfahren hat. Es ist klar, daß gerade für die Zwecke der Fleischkonservierung das dritte System das vorteilhafteste sein muß, weil es erlaubt, jederzeit eine Frischluftzuführung herbeizuführen, die Temperatur innerhalb weiter Grenzen zu regeln, vor allen Dingen aber die in die Kühlräume einzuführende Luft auch vorzutrocknen. Gerade für Räume, in denen nur Kühlfleisch, nicht Gefrierfleisch aufbewahrt wird, ist die Möglichkeit einer ständigen Lufterneuerung und Lufttrocknuug von besonderer Wichtigkeit.

Bei weitem der größte Konsument für Gefrierfleisch in Europa ist zurzeit England. Wenn man den rapiden Aufschwung des Gefrierfleischhandels in England richtig verstehen will, so muß man, abgesehen von der Entwicklung der Kälteindustrie, noch auf 2 Punkte zurückgreifen: Einmal ist die schnelle Steigerung der Fleischpreise für im Inland geschlachtetes Fleisch, die wir jetzt beobachten, in England schon bedeutend früher eingetreten. Nach einer Statistik des englischen Parlaments kostete z. B. ein halbes Kilo Rindfleisch erste Qualität

1851	rund	42	Pfennig	1871	rund	69	Pfennig
1861	„	60	„	1881	„	77	„

Es war nur natürlich, daß angesichts des Bedürfnisses nach animalischer Kost, das sich bei dem städtischen industriellen Arbeiter stets mehr bemerkbar macht, wie beim ländlichen, angesichts der wachsenden Industriealisierung des Landes und des Steigens der Fleischpreise sich das Augenmerk der Bevölkerung auf diejenigen Länder richtete, in denen tatsächlich ein Ueberfluß an Fleisch gegeben war. Der Ueberfluß an Vieh, der in Nord- und Süd-Amerika schon in früheren Jahrhunderten vorhanden war, hatte nun die südamerikanischen Farmer schon im achtzehnten Jahrhundert dazu geführt, Versuche mit der Einfuhr von gesalzenem Fleisch zu machen. Da dieser Handel sich als wenig ausdehnungsfähig erwies, folgten Experimente mit durch Hitze konserviertem Fleisch; aber auch diese ergaben keine günstigen Handesresultate. Nunmehr wandte man sich zunächst der Einfuhr von lebendem Vieh zu, die namentlich aus Nordamerika nach England eine recht bedeutende war. Bald trat neben den Vereinigten Staaten auch Kanada und Argentinien in den Wettbewerb der Einfuhr von lebendem Vieh, der sich bis in die neueste Zeit hinein gesteigert hat, aber in den Jahren 1905 bis 1910 stark gesunken ist. Namentlich ist Argentinien aus veterinärpolizeilichen Gründen in England jetzt ganz von der Einfuhr von lebendem Vieh ausgeschaltet. Die verhältnismäßig großen Verluste an Tieren auf dem Transport, die notwendig auch eine Preissteigerung für das ausländische lebende Vieh zur Folge haben mußten, führten schon im Jahre 1874 dazu, von Nordamerika aus Kühlfleisch nach London einzuführen, das aber zunächst keinen großen Anklang fand. Es folgten weitere Versuche im Jahre 1876 von Argentinien aus und im Jahre 1878 der erste Versuch aus Australien, Schiffsladungen von gefrorenem Fleisch nach England zu senden. Neuseeland schickte seine erste Schiffsladung erst im Jahre 1880 nach London. Für Australien und Neu-Seeland bildete tatsächlich das Gefrierfleisch die einzige Möglichkeit, den Fleischüberschuß loszuwerden, da der Transport von lebendem Vieh wegen der bei der großen Entfernung auch noch größeren Tierverluste sich als unrentabel erwies. Eine wirkliche Bedeutung für die Volksernährung erlangte die Einfuhr des Gefrierfleiches aber erst in den achtziger Jahren. Gegenwärtig beherrscht Argentinien den Markt für gefrorenes Rindfleisch in England, während in der Einfuhr von gefrorenem Hammelfleisch, das in England

besonders beliebt ist, Australien und Neu-Seeland an der Spitze stehen. Die Vereinigten Staaten sind in ihrem Export nach England in den letzten Jahren wesentlich zurückgegangen. Die nachstehenden Zahlen geben einen Begriff von der Masse des Gefrierfleisches, das nach England importiert wird, und damit zugleich ein Bild von dem Welthandel, da England der größte Konsument sei.

Gesamtimport von Gefrierfleisch nach Großbritannien in 1000 Kilo angegeben.

	Australien	in Proz. des Ges.-Transp.	Neuseeland	in Proz. des Ges.-Transp.	Südamerika	in Proz. des Ges.-Transp.	Gesamt
1885	3 111	13	14 892	63	5 763	24	23 765
1890	56 681	9	44 625	60	22 644	31	73 950
1895	50 235	34	60 537	41	37 638	25	148 410
1900	43 860	20	91 647	43	77 877	37	213 384
1905	26 724	8	85 470	27	206 142	65	318 336
1910	122 706	21	134 487	22	334 101	57	591 294

Noch interessanter sind für uns die Angaben über den Konsum von importiertem Fleisch inkl. Gefrierfleisch in England pro Kopf und Jahr der Bevölkerung.

1861—1865: 0,05 Kilo. 1891—1905: 5,5 Kilo.
1881—1885: 1,5 „ 1906—1910: 12,6 „

Dem Gewicht nach beträgt der Anteil der Einfuhr aus Argentinien 35 %, der aus Australien 22 % von dem gesamten Fleischhandel, der sich auf dem Shmitfield-Markte in London, dem größten Fleischmarkte der Welt, abwickelt, während England selbst nur 23 % Anteil daran hat, der Rest sich mit 20 % auf Nordamerika und den europäischen Kontinent verteilt.

Angesichts dieses steigenden Konsums, dieser großen Nachfrage nach Gefrierfleisch, liegt es nahe anzunehmen, daß der Preis eine erhebliche Steigerung im Laufe der Jahre erfahren hat. Dies ist aber, wie aus den von den Londoner Fleischhändlern veröffentlichten Statistiken hervorgeht, nur in beschränktem Maße der Fall, wenigstens für die Engrospreise. 1897 kostete z. B. die erste Qualität Neuseeländisches Lammfleisch 41 Pfennige pro halbes Kilo en gros, 1911: 45 Pfennige; Australisches Rindfleisch beste Qualität brachte 1897 34 Pfennige, 1911 sogar nur 29 Pennige. Diese Tatsache wird aber leicht erklärlich, wenn man bedenkt, daß einmal für Ochsenfleisch Argentinien als Konkurrent aufgetreten und daß trotz des gewaltigen Exports der Viehbestand in Argentinien von 1895 bis 1908 von 22 Millionen Stück noch auf 29 Millionen gestiegen ist.

Dieser gewaltige Konsum, den das Gefrierfleisch seitens eines der zivilisierten Völker der Erde erfährt, könnte die Frage, wie es mit den Gesundheitsschädigungen durch Gefrierfleisch. mit dem Nähr- und dem Geschmackswerte steht, beinahe als überflüssig erscheinen lassen. Allein eine Reihe von Erfahrungen, die man namentlich in Oestereich, aber auch in der Schweiz mit dem Gefrierfleisch gemacht hat, weisen darauf hin, daß unsere festländischen Verhältnisse doch eine nähere Untersuchung dieser Fragen erfordern. Insbesondere fragt es sich, ob wir als Aerzte einer Aufhebung des § 12 des Fleischbeschaugesetzes das Wort reden sollen, nach dem die Einfuhr nicht, wie in England, in zerlegten Stücken und ohne Organe, sondern nur in ganzen Tierkörpern gestattet ist.

Was zunächst die Frage der Gesundheitsschädlichkeit anlangt, so fallen die englischen Urteile, soweit sie aus der Literatur und aus mündlicher Unterhaltung mit dem Chef der Fleischbeschau in London und dem Vorstand des dortigen Untersuchungsamtes entnommen werden können, überwiegend günstig aus. So wurden 1906 nach dem Berichte des Chef-Sanitäts-Inspektors Dr. Williams von 8,8 Millionen Hammeln nur 2400 beanstandet, von 1,4 Millionen Rindervierteln nur 844. Alle diese Beanstandungen erfolgten augen-

scheinlich auf Grnnd von Fleischverderbnis während des Transports und nicht eine einzige, wie eigens hervorgehoben wird, auf Grund einer festgestellten Erkrankung. Immerhin muß betont werden, daß während 1889 bis 1893 nur 0,15% des auf den Markt kommenden Fleischgewichts von den Fleischinspektoren am Londoner Zentralmarkt beanstandet wurden, diese Prozentziffer auf 0,42% gestiegen ist. Das hann natürlich ebensogut als ein Zeichen der verbesserten Fleischinspektion angesehen werden, die allerdings in England nicht mit der Gründlichkeit geübt werden kann, wie in Deutschland, schon deshalb, weil das Gefrierfleisch ohne Organe eingeliefert wird. Unsere deutschen und auch die Schweizer Tierärzte heben mit Recht immer wieder hervor, daß eine eigentliche Beschau im Sinne unseres Gesetzes an den gefrorenen und dabei ohne Organe eingelieferten Teilen gar nicht vorgenommen werden kann. Das Messer des Tierarztes kann nicht einmal in die hartgefrorene Muskelsubstanz eindringen; nur die Untersuchung der Lymphdrüsen auf Tuberkulose ist möglich sowie die Untersuchung auf Beschädigungen und Zersetzungen, Pilzansiedelungen an der Oberfläche, die wohl meist durch den Transport verursacht worden sind. Die Unmöglichkeit, eine regelrechte Beschau an gefrorenen Fleischstücken zu üben, muß zugegeben werden; damit verlieren die englischen Statistiken und Bekundungen natürlich auch an wissenschaftlichem Wert, nicht aber an praktischem. Es muß doch hervorgehoben werden, daß, wenn tatsächlich schädliches Fleisch in größeren Mengen eingeführt worden wäre, sich in über 30 Jahren ein Ansteigen bestimmter parasitärer Infektionen oder Intoxikationen hätte bemerkbar machen müssen, das den sorgfältig beobachtenden englischen Sanitätsbeamten sicherlich nicht entgangen wäre. Die englischen Fleischinspektoren geben auch ohne weiteres zu, daß sie sich mehr oder minder auf die tierärztliche Beschau in den Ursprungländern, also in Australien und Amerika, verlassen müssen, die nach ihrer Ansicht eine gut geregelte und zuverlässige ist. Die Schweizer und die österreichischen Aerzte scheinen diese Ansicht jedoch nicht zu teilen; die österreichische Regierung hat deshalb ihre eigenen Veterinäre nach Argentinien abgeordnet, um dort die Beschau vor und nach der Schlachtung für diejenigen Tiere vorzunehmen, die nach Oesterreich verschifft werden sollen, ein Vorgehen, das für den Fall einer Einfuhr von Gefrierfleisch ohne Organe nach Deutschland durchaus nachahmungswert erscheint. Vom sanitären Standpunkte aus ist aber jedenfalls die Einlieferung der gefrorenen Schlachttiere mit Organen vorzuziehen, die schon nach unserem Fleischbeschaugesetz erlaubt und sich nach einigen Versuchen auch in Deutschland (z. B. Karlsruhe) als durchführbar zu erweisen scheint.

Eine Aufhebung des § 12 erscheint also nicht unbedingt notwendig, soweit die jetzigen Erfahrungen mit dem Gefrierfleisch ein Urteil gestatten. Das Gefrierfleisch wird aber immer gegenüber dem ordnungsmäßig geschlachteten und regelrecht beschauten Vieh des Inlandes sozusagen in eine etwas höhere Gefahrenklasse einzureihen sein. Nur fragt es sich vom praktischen Standpunkte aus: Sind die gesundheitlichen Gefahren tatsächlich so hoch zu veranschlagen daß — einen gleichen Nährwert des Gefrierfleisches vorausgesetzt — die mögliche Verbesserung der Volksernährung erschwert werden muß? Diese Frage glaubt der Berichterstatter, nachdem er 15 Jahre lang an dem Unterricht in der Fleischbeschau für Tierärzte einen gewissen Anteil genommen hat, verneinen zu müssen. Zunächst muß festgestellt werden, daß wir auch in Deutschland, wenn auch nur auf dem Lande, Hausschlachtungen ohne jede Beschau, Notschlachtungen ohne Beschau vor der Schlachtung und schließlich eine ganze Reihe von Schlachtungen mit mangelhafter Beschau durch die sogenannten Laienfleischbeschauer haben. Infolgedessen führen die Haus- und Notschlachtungen namentlich erfahrungsgemäß recht häufig zu Gesundheitsschädigungen. Ferner kann man ruhig sagen, daß die inneren Organe, die beim englischen Gefrierfleisch fehlen — auch bei uns nicht zum Verkauf gelangen würden, selbst wenn sie an der Grenze noch mit eingeliefert würden — wenigstens bei bakterieller Infektion in der Regel in höherem Maße zur Uebertragung von Infektionen geeignet sind, wie das Muskelfleisch. Was aber die tierischen Parasiten anlangt, so wird im deutschen Fleischbeschaugesetz selbst angenommen, daß die Durchkühlung des Fleisches während 21 Tagen — eine Forderung, die beim Gefrierfleisch wohl immer erfüllt ist — zur Abtötung von Finnen genügt. Von bakteriellen In-

fektionen des Fleisches kommt in erster Linie die Tuberkulose in Betracht, die sich auf die Fleischlymphdrüsen ausgebreitet hat; sie ist nach dem Urteil der englischen Tierärzte auch noch am Gefrierfleisch erkennbar. Weiter könnten septikämische Infektionen vorliegen, die, wie der Milzbrand, auch die Muskelsubstanz durchwuchern. Würde z. B. die Milzbrandinfektion durch das Gefrierfleisch, die an sich bei der Ausbreitung des Milzbrands in Südamerika denkbar wäre, tatsächlich öfter vorkommen. so wäre sie sicherlich den englischen Aerzten nicht verborgen geblieben. Zuzugeben ist, daß auch bakterielle Durchwucherungen des Gefrierfleisches vor der Schlachtung Fleischvergiftungen beim Menschen herbeiführen können, während die bakteriellen Invasionen, die von der Oberfläche während des Transports stattfinden, wohl stets von unseren beschauenden Tierärzten festgestellt werden könnten. Es fragt sich nur, ob die Fälle von Fleischvergiftungen in Deutschland an Zahl zunehmen werden gegenüber dem jetzigen Stande. Wir besitzen keine zuverlässige Statistik der Fleischvergiftungen und werden auch wohl noch lange darauf verzichten müssen, weil z. B. leichte Paratyphusinfektionen meist gar nicht vom Arzte behandelt und noch viel weniger zur Untersuchung gebracht werden. Aber man kann sich nach den Zeitungsnachrichten über derartige schwere Fälle dem Eindruck nicht entziehen, daß unter dem Einfluß der steigenden Fleischpreise jetzt vielfach animalische Nahrungsmittel höchst verdächtiger Art gerade von den minderbemittelten Klassen gekauft und verzehrt werden. Es erscheint also im hohen Grade zweifelhaft, ob das Gefrierfleisch tatsächlich eine Verschlechterung und nicht eher eine Verbesserung dieses Zustandes herbeiführen würde.

Der Nährwert des Gefrierfleisches kann offenbar nur beeinflußt sein durch Veränderungen, die das Fleisch beim Gefrieren selbst, bei der Aufbewahrung im Kälteraum und beim Wiederauftauen erleidet. Worin bestehen nun diese Veränderungen? Darüber haben u. a. neuere Untersuchungen von Schellenberg in Zürich[1]) Aufschluß gegeben. Mikroskopisch stellt sich das Bild nach Schellenberg folgendermaßen dar: „Wasserlösliche Substanzen der Gewebe treten aus ihren Verbänden zugleich mit dem Lösungsmittel in die Interzellularräume aus, die Zellmembranen werden durchlässig, reißen ein, die Zellen werden durch das zuerst auskristallisierende Wasser komprimiert. Fortschreitend mit der vermehrten Bildung von Eisnadeln ändert sich das Lösungsverhältnis und die Kompression. Das erst bei sehr tiefen Temperaturen auskristallisierbare Material, die Salze nnd die Kolloiden, treffen wir als amorphe oder homogene Schichten in tiefgefrorenem Zustande in den erweiterten Räumen zwischen Eisnadeln und Zellen. Diesen mikroskopischen Vorgang kann man wohl als Plasmolyse bezeichnen, wie es Schellenberg getan hat; es ist auch leicht verständlich, daß nach dem Wiederauftauen der aus den Zellen in die Intrazellularräume ausgetretene Saft nunmehr am Fleische herunterrinnt. Es ist nur fraglich, ob diese Aenderungen, das Ausfließen des Fleischsaftes, nicht in hohem Grade davon abhängig sind, mit welcher Schnelligkeit der Prozeß des Wiederauftauens vollzogen wird. Darauf weisen die günstigen Resultate z. B. hin, die in Chemnitz[2]) bei langsamen Auftauen mit australischen Lämmern erhalten wurden. Ebenso bedarf eine Frage noch einer eingehenden Untersuchung, die Schellenberg nur sehr kurz streift, nämlich, ob der eigentümliche Geschmack des Fettes beim Gefrierfleisch tatsächlich auf eine in der Kälte allmählich eintretende chemische Veränderung des Fettes unter Bildung riechender aromatischer Produkte zurückzuführen ist. Es müßte erst der Beweis erbracht werden, daß das Fleischfett des argentinischen und australischen Viehs nicht von vornherein infolge der Fütterung mit anderen Vegetabilien einen uns ungewöhnlichen Geschmack besitzt. Praktisch wichtig bei diesen Vorgängen wäre das Ausfließen des Fleischsaftes — wenn es nicht zu vermeiden ist — nach dem Wiederauftauen. Der Saft enthält nach Schellenberg anorganische Fleischsalze, Blutfarbstoff und gelöste Eiweißstoffe. Leider werden keine quantitativen Angaben gemacht, so daß man auch nicht sagen kann, wie groß die Verluste an Nährstoffen sind, die das Fleisch

---

[1]) Schweizer Archiv für Tierheilkunde; Bd. 54, Heft 11.
[2]) Kögler: Zeitschrift für Kälteindustrie; 1912, S. 31.

mit dem Abfließen des Fleischsaftes erleidet. Nach Sobel[1]) soll der Unterschied in der Zusammensetzung hauptsächlich im Wassergehalt gegeben sein, der beim Gefrierfleisch 43—45% nach Abfließen des Fleischsaftes beträgt, im frischen Fleisch dagegen 54—74%. Diese Verminderung des Wassergehaltes kann bezüglich des Nährwertes eher als ein Vorteil angesehen werden, vorausgesetzt — und das kann auf Grund anderer Erfahrungen angenommen werden — daß die bei dem Fleischsaft abgehenden Mengen an Eiweiß und Salzen nicht bedeutend sind. Ebensowenig wird man eine Hydrolyse des Eiweißkörpers für bedenklich in bezug auf den Nährwert erachten können, wenn sie sich aseptisch vollzieht, da im Gegenteil die Mürbheit und Verdaulichkeit des Fleisches dadurch begünstigt wird. Uebrigens stimmen die Angaben von Schellenberg und Sobel nicht gut überein mit anderen Analysen gleichfalls neueren Datums, die dem Berichterstatter leider nur im Referat zugänglich gewesen sind. Nach A. M. Wright[2]) zeigt das Gefrierfleisch nach 160 Tagen bei 7—16°.

1) einen Verlust an Feuchtigkeit von $2^1/_2$—$3^1/_2$%.

2) Eine Zunahme des Gehalts an Protozoen, Peptonen und Fleischbasen — N., eine Abnahme des Gehaltes an N in koagulierbarer Verbindungsform.

Diese Aenderungen sind wahrscheinlich auf Enzymwirkung (also wohl Autolyse H.) zurückzuführen. Die freie Säure bleibt unverändert. In bakteriologischer Beziehung verhält sich das Gefrierfleisch wie frisch geschlachtetes Fleisch. Bei langsamem Auftauen war keine Aenderung der Struktur des Fleisches bemerkbar. V. Ascoli und S. Silvestri[3]) fanden bei vergleichenden Untersuchungen von argentinischem und frischem Fleisch keine wesentlichen Unterschiede in bezug auf Zusammensetzung, Wirkung auf die Magensaftsekretion, Verdaulichkeit und Assimilierfähigkeit. Nur die Autolyse scheint im Gefrierfleisch weiter vorgeschritten, worauf A. und S. die Zunahme der löslichen Albumine und eine Verminderung des aromatischen Geruches der Fleischbrühe zurückführen.

Die Differenz zwischen diesen Angaben und den Beobachtungen von Schellenberg und Sobel könnte sich ebenso erklären, daß Wright sowie Ascoli und Silvestri das Fleisch in nicht aufgetautem Zustande oder nach vorsichtigem Auftauen analysiert haben, während die Schweizer Untersucher ihre Befunde nach dem Ausfließen des Fleischsaftes erhoben haben. Jedenfalls muß man zu dem Resultate kommen, daß in dem Gefrierfleisch noch keine Veränderungen nachgewiesen sind, die den Nährwert erheblich beeinträchtigen.

Etwas anderes ist es mit dem Geschmackswert. Es ist zuzugeben, daß auch der riesige Import nach England noch nicht den Geschmackswert beweist; denn die engliche Küche ist nach dem allgemeinen Urteil aller anderen Völker trotz des guten Materials eine der geschmacklosesten der Welt. Immerhin aber beweisen die 300 Millionen Kilo, die allein aus Argentinien jährlich jetzt nach England eingeführt werden, sowie die Erfahrungen, die ein großer Teil von uns bei langen Seereisen auf mit Gefrierfleisch versorgten Schiffen gemacht hat, zur Genüge, daß das harte Urteil, das Schellenberg fällt, nicht gerechtfertigt ist. Er sagt: „Erkundigte man sich nach der Ursache, so erhielt man stets die Antwort, daß der widerliche Beigeschmack oder das Herausfließen des Fleischsaftes, die geschmacklose Suppe, die trockene, strohige Fleischbeschaffenheit, der im Verhältnis zur Qualität hohe Preis für eine weitere Verwendung im Haushalt nicht günstig seien. Leider konnten im eigenen Haushalt angestellte, objektive Versuche diese Angaben bestätigen. Wer einmal die Zersetzungsstoffe im Gefrierfleische gekostet hat, kauft nicht wieder. Namentlich der Arbeiterstand ist in dieser Hinsicht größtenteils vom Verbrauch des Gefrierfleisches abgekommen und wählt lieber die billigeren, frischen Fleischsorten. Wenn wir die Verkäufer des Gefrierfleisches, die Metzgermeister befragen, so wird uns die Antwort, daß am wenigsten die unteren Klassen Abnehmer seien, vielmehr der Mittelstand, Kostgebereien und Wirtschaften; gleiche Angaben erfahren wir aus den Preßnotizen.“ Unbedingt zuzugeben ist

[1]) Basler Nationalzeitung; Dez. 1911, zit. nach Schellenberg.

[2]) Journ. Soc.; Bd. 31, S. 965—68; ref. im Chem. Zentralblatt; 1912.

[3]) Archiv d. Pharmacol.; Bd. 14, S. 229—44; ref. im Zentralblatt; 1913.

in dieser Schilderung, daß das Fleisch sich nicht für gesottenes Rindfleisch eignet. Ja, man muß hinzufügen, daß der spezifische Geschmack des Tierspezies beim Gefrierfleisch etwas verloren gehen kann, so daß z. B. Rind- und Hammelfleisch schwer zu unterscheiden sind. Ebenso kann als gegeben angenommen werden, daß der Preis in Zürich im Verhältnis zur Qualität ein zu hoher war. Diese beiden Fakta werden auch von Wiener Sachverständigen als Gründe dafür angegeben, daß das Gefrierfleisch in Wien ebenfalls keinen großen Anklang gefunden hat. Daraus ergibt sich, daß man den Geschmackswert des Gefrierfleisches nur im Verein mit dem Preis und mit der Zubereitung erörtern kann. Ohne Zweifel wird die geringe Verwendbarkeit des Rindfleisches zum Sieden für eine allgemeine Einführung des Gefrierfleisches in den Haushalt, namentlich in Süddeutschland ein Hindernis bilden. Aber es ist die Frage, ob nicht bei sehr billigem Preise des Gefrierfleisches manche Bevölkerungsklassen lieber auf das gesottene Fleisch verzichten und statt dessen gebratenes essen, als überhaupt gar kein Fleisch zu sich nehmen würden. So scheint zunächst wenigstens das nach Deutschland importierte australische Hammelfleisch guten Absatz gefunden zu haben (z. B. in Karlsruhe). Im Grunde kommt also der Preis, der den Nähr- und Geschmackswert in sich begreift, vor allen Dingen in Betracht. Hier muß zunächst hervorgehoben werden, daß nach den Schilderungen der Schweizer und Oesterreichischen Veterinäre die Importeure angesichts der Fleischnot vielleicht doch nicht immer die beste Qualität auf den Kontinentalmarkt geworfen haben. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß die Bedingungen für eine gute Erhaltung des Fleisches in London, wo das Fleisch direkt vom Schiff in die Kühlhallen, von da ohne Bahntransport zum Metzger und Konsumenten wandert, erheblich günstigere sind, wie in Süddeutschland, wo das Fleisch von Genua, Triest, Antwerpen, London und den anderen deutschen Häfen noch einen langen Bahnweg und Umladungen durchmachen muß. Es ist auch nur natürlich, daß die Transport- und Auftaueinrichtungen in der kurzen Zeit, in der überhaupt ein Gefrierfleischimport nach dem Kontinent existiert, nicht gleich gut ausgebildet sein können, wie in England. Wie bereits mehrfach angedeutet, ist die Art des Auftauens von ganz besonderer Wichtigkeit für die Haltbarkeit und Beschaffenheit des Fleisches [1]), ebenso wie die Verkühlung des Fleisches vor dem Gefrieren von Einfluß ist. Vor allen Dingen aber ist für die Qualität und den Preis in England maßgebend, daß in London allein 13 große Gefrierhallen zur Aufbewahrung des Fleisches existieren und damit natürlich ein viel größeres Angebot in verschiedenen Qualitäten sowie eine bessere Regelung des Preises möglich ist. Wie haben sich nun die Preise für das Gefrierfleisch (Rind) in der Schweiz gestellt? Bis 1. Januar 1912 betrug der Zoll in der Schweiz 25 Centimes, seit dieser Zeit 10 Centimes pro Kilo. In Basel kostete im vorigen Jahr das Gefrierfleich 65—75 Centimes pro ½ Kilo, seit dieser Zollermäßigung 55—65 Centimes. Diese Preise gelten aber nur für die geringeren und fettreichen Qualitäten mit Knochenbeilage; ohne Knochen und in besserer Qualität variiren die Preise jetzt für Rindfleisch in Zürich und Basel von 95—150 Centimes pro ½ Kilo; sie sind daher in Zürich pro ½ Kilo nur etwa 20 Centimes niedriger wie für frisches Fleisch. Aehnlich scheinen die Verhältnisse auch in Wien gelegen zu haben. Da nun, wie aus den früheren Auseinandersetzungen hervorgeht, der Geschmackswert des Gefrierfleisches entschieden niedriger zu taxieren ist, wie der des frischen Fleisches, so ist es sehr erklärlich, daß bei dieser geringen Preisdifferenz auch der Absatz nur ein verhältnismäßig geringer gewesen ist. So sind in Basel in den drei letzten Quartalen 1911 nur 250000 Kilo, in den drei ersten Quartalen 1912 nur 330000 Kilo Gefrierfleisch verzehrt worden. Immerhin ist es bemerkenswert, daß sowohl in Basel, wie in Zürich der Konsum im Steigen begriffen ist. Für uns in Deutschland resultiert jedenfalls aus den Schweizer Erfahrungen die Lehre, daß bei den jetzigen Zollverhältnissen, nämlig 27 Pfennig oder 34 Centimes pro Kilo ein sehr großer Gefrierfleischkonsum nicht zu erwarten ist; denn der Zoll ist damit 3½ mal so hoch wie gegenwärtig in der Schweiz. Nur wen

[1]) Nach einer Notiz der amtlichen Zeitung des deutschen Fleischervorstandes haben die norddeutschen Eiswerke hierfür eine Vorrichtung unter Benutzung trockener warmer Luft geschaffen, wie sie in England übrigens schon lange im Gebrauch ist.

die Reichsregierung dauernd einen bedeutenden Zollnachlaß eintreten läßt, können wir erwarten, daß das Gefrierfleisch einen erheblichen Konsum erfährt, und damit eine Bedeutung für die Volksernährung erlangt. Bei größerem Konsum würden auch sicherlich die Preise sich noch etwas erniedrigen.

Daß der Geschmackswert niedriger zu taxieren ist, geht, abgesehen von den oben angestellten Betrachtungen auch noch aus einer anderen Tatsache hervor, nämlich aus der in den letzten Jahren in England zu verzeichnenden Zunahme der Kühlfleischeinfuhr. Aus Südamerika wurden im Jahre 1900 zirka 100000 t, 1910 aber über 135000 t gekühltes Ochsenfleich nach England eingeführt. Selbst die amerikanischen und australischen Fleischimporteure gestehen zu, daß das Kühlfleisch, daß also nur bei Temperaturen von 1—3° behandelt wird, dem Gefrierfleisch im Geschmack überlegen sei. Wir alle kennen den Geschmack des Kühlfleisches; denn in den großen Städten mit Kühlhäusern essen wir ein gut Teil Kühlfleisch schon jetzt; wir müssen ihm sogar einen Vorzug gegenüber dem ganz frischen Fleisch insofern zuerkennen, als es mürber ist. So ist es erklärlich, daß die Versuche auch aus Amerika und Australien, Kühlfleisch zu importieren, niemals ganz aufgehört haben, trotzdem das Kühlfleisch kein angenehmer Exportartikel ist, denn selbst, wenn es den Markt in gutem Zustande erreicht, so muß es schnell verkauft werden und damit kann der Preis des Artikels durch große Massen von Vorräten, die gleichzeitig vorhanden sind, erheblich gedrückt werden. Versuche im großen, aus Südamerika und Australien Kühlfleisch zu importieren, glückten erst im Anfange des 20. Jahrhunderts, wo es der Technik gelang, die Aufrechterhaltung einer konstanten Temperatur in den Schiffsräumen noch besser zu garantieren; seit 1900 ist so die Möglichkeit einer ständig steigenden Einfuhr aus Südamerika gegeben. Es steht aber zu erwarten, daß diese Einfuhr in den nächsten Jahren noch erheblich steigen wird. Bis in die letzten Jahre hinein mußten immer noch ziemlich beträchtliche Mengen von Kühlfleisch verworfen werden, weil während des 30- bis 40tägigen Aufenthaltes in den Kühlräumen Pilzansiedelungen namentlich auf der Oberfläche stattgefunden hatten. Gegenwärig sind die Verluste bedeutend heabgesetzt durch einen Formaldehydprozeß, dem das Fleisch bezw. die Kühlräume unterworfen werden und der nach seinem Entdecker Linley-Prozeß genannt wird. Der Prozeß verläuft folgendermaßen: Ehe das Fleich in die Kühlkammern gebracht wird, wird Formaldehydampf in die Kühlräume hineingetrieben und dieser Prozeß noch einmal eine Stunde lang wiederholt, nachdem der Raum mit Fleisch beladen ist. Dann wird der Dampf abgesogen, die nunmehr in den Raum einströmende Luft vorher über Chlorcalcium und Schwefelsäure geleitet, dadurch getrocknet und bakterienfrei gemacht. Die Kosten des Verfahrens sind gering und der dafür erzielte Preis war etwa 6 Pfennig pro halbes Kilo höher, als für Gefrierfleisch, worin gleichfalls die bessere Qualität des Kühlfleisches zum Ausdruck kommt. Die mit dem Linley-Prozeß behandelten Fleischstücke haben bereits Transporte bis zu 70 Tagen ausgehalten. Es erscheint fraglich, ob die Wirkung des Verfahrens tatsächlich dadurch zu erklären ist, daß der Kühlraum und die Oberfläche des Fleisches völlig keimfrei gemacht werden, wenngleich natürlich eine Keimverminderung eintreten muß. Zu der guten Konservierung dürfte wesentlich die direkte Wirkung des Formaldehyds auf das Eiweiß an der Oberfläche des Fleisches beitragen; denn es ist bekannt, daß Formaldehyd mit dem Eiweiß eine erhärtende Verbindung eingeht. So entsteht ein schützender Ueberzug, der äußerst fein sein kann; die Ansiedlung der Bakterien an der Oberfläche wird weiterhin noch erschwert durch die ständige Zufuhr von trockener Luft. Der Gehalt der Fleischoberflächen an Formaldehyd scheint allerdings nach den Londoner Analysen nur ein äußerst geringer zu sein, so daß von einer gesundheitsschädlichen Wirkung wohl nicht gesprochen werden werden kann. Aber trotzdem sind leider die Chancen, daß wir derartig konserviertes Fleisch nach Deutschland eingeführt bekommen, nur sehr geringe; denn unser Fleischbeschaugesetz verbietet die Anwendung von Konservierungsmitteln, insbesondere auch des Formaldehyds. Es erscheint freilich nicht ausgeschlossen, daß man eine gesetzgeberische Formulierung finden könnte, falls sich der Linley-Prozeß tatsächlich so bewährt, wie es den Anschein hat, nach der diese Art von Fleischkonservierung zulässig wäre, die sich auf die äußersten Schichten beschränkt, ohne deshalb das im übrigen sehr gesunde Prinzip des Verbotes von Konservierungsmitteln zu durchbrechen.

Zusammenfassend möchte Berichterstatter über das Gefrier- und Kühlfleisch sagen: Es handelt sich um eine im Nährwert vollgültige, im Geschmackswert nicht vollwertige Fleischsorte, deren Import nach Deutschland aber doch unter den gegenwärtigen Verhältnissen vom sanitären Standpunkt wünschenswert erscheint, weil es unzweifelhaft ein weiteres Steigen der Fleischpreise verhindern, wenn auch kein Sinken herbeiführen und in seinen billigeren Qualitäten zur Hebung der Volksernährung beitragen könnte. In hygienischer Hinsicht müßten bei Gestattung der Einfuhr folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Eine geordnete Fleischbeschau mit denselben Bestimmungen, wie sie das deutsche Gesetz für die gesundheitlich wichtigen Punkte gibt und von deutschen Tierärzten ausgeübt entweder in den Ursprungsländern oder an den Tierkörpern mit erhaltenen Organen im Inlande.

2. Ein Transport ohne erhebliche Temperaturschwankungen auf allen Transportwegen und bei allen Umladungen, das Auftauen mittelst besonderer Vorrichtungen, die ein Nässen des Fleisches verhindern.

3. Eine Aufbewahrung und der Verkauf nur in solchen Lokalitäten, die ihrer Anlage und Temperatur nach für die Aufbewahrung des Fleisches geeignet sind. Demnach müßte sich der Verkauf zunächst auf solche Städte beschränken, die über geeignete Auftau- und Kühl-Anlagen verfügen.

4. Eine ständige Kontrolle der Verkaufslokale durch Tierärzte oder Sanitätsbeamte.

Für die Einfuhr des Kühlfleisehes käme, wenn der Linley-Prozeß sich bewährt, dann noch eine Aenderung unserer gesetzlichen Bestimmungen in Betracht, unter denen die Einfuhr dieses dem Gefrierfleisch im Geschmackswert überlegenen Produktes gestattet ist.

Eine Diskussion über das Vortragsthema fand wegen der vorgeschrittenen Zeit nicht statt.

2. Herr Geh.-Rat Prof. Dr. Aschoff, Direktor des pathologischen Universitäts-Instituts in Freiburg i. Br., behandelte hierauf in hochinteressanter Weise

die neueren Forschungen auf dem Gebiet der Bronchiogendrüsenbildungen.

Er erläutert zunächst kurz an einem Schema die Entwicklung der Schilddrüsen, der Epithelkörperchen, des Thymus und des postbronchialen Körpers, als der wichtigsten Derivate des Epithels der inneren Kiemenfurchen, wobei auch noch die epithelialen Anlagen des lymphatischen Rachenringes und die Hypophyse in Betracht gezogen werden müssen. Unter Beschränkung auf die erstgenannte Gruppe führt Vortragender dann aus, daß für die Epitelkörperchen wie auch für die anderen Drüsen vor allem die experimentelle Forschung von Bedeutung gewesen ist. Es ist jetzt sichergestellt; daß die Entfernung der Epithelkörperchen das Krankheitsbild der Tetanie auslöst, und zwar vermittels des Blutweges, also durch eine Störung der inneren Sekretion, wie Maccallum zeigen konnte. Die Störung der inneren Sekretion beruht im wesentlichen in einer Störung des Kalkstoffwechsels. Nach Werdheim läßt sich bei Ratten durch Entfernung der Epithelkörperchen eine typische Malazie der Nagezähne erzielen, die auch vom Vortragenden bestätigt werden konnte; dagegen sind Einwirkungen auf das Knochensystem bis jetzt nicht einwandfrei festzustellen gewesen. Es sind deshalb auch die Versuche, Epithelkörperchenerkrankungen mit der menschlichen Rachitis oder Osteomalazie in Verbindung zu bringen, im wesentlichen gescheitert. Anders steht es mit der Tetanie im Kindesalter, die man auf Wachstumhemmungen der Epithelkörperchen infolge geburtstraumatischer Blutungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hat zurückführen können.

Bei Schwangeren ist, wie auch bei Basedow, eine Veränderung der Epithelkörperchen bisher nicht gesetzmäßig konstatiert. Jedenfalls hat der Thymus, wie experimentell besonders durch Klose und neuerdings durch Matti gezeigt werden konnte, einen ganz besonders starken Einfluß auf das Knochenwachstum in der frühen Entwicklungsperiode. Nach der Extirpation

des Thymus bei jungen Hunden entwicklen sich am Knochensystem Bilder, die eine überraschende Uebereinstimmung mit der menschlichen Rachitis zeigen, so daß sich der Gedanke unwillkürlich aufdrängt, daß auch die menschlische Rachitis zum Thymus in Beziehung gesetzt werden muß. Anderseits ist zu berücksichtigen, daß die verschiedenen bronchiogenen Organe gewisse Funktionen gleichartig ausüben, wie z. B. die Beeinflussung des Knochenwachstums, in anderen aber wieder differieren, so daß nicht ausschließlich ein Organ verantwortlich gemacht werden kann. Auch muß noch eine genauere Analyse die Uebereinstimmung der Knochenerkrankung bei thymektomierten Hunden mit der menschlichen Rachitis aufweisen.

Auch die übrigen Folgen der Exstirpation: die Vergrößerung des Nebennierenmarks, die Fettsucht, die mangelhafte Entwicklung des Geschlechtsapparates, die Blutveränderungen, erwähnt Vortragender kurz, um zur Pathologie des menschlichen Thymus überzugehen.

Hier kommen vor allem die hyperplastischen Zustände des Thymus in Betracht. Da der Thymus aber aus zwei differenten Gewebsarten, der Marksubstanz und der Rindensubstanz, besteht, so muß man hier genauere Trennungen der Hyperplasie vornehmen. Eine dem chirurgischen Eingriff zugängliche Form ist die diffuse Hyperplasie beider Substanzen, die besonders bei ganz jugendlichen Individuen rein infolge der Volumszunahme zu Stenose-Erscheinungen zu führen vermag. Ganz anders verhält es sich mit den sogenannten Markhyperplasien, wie sie bei den plötzlichen Todesfällen im späteren Kindesalter beobachtet worden sind. Ob hier eine Hypersekretion des Thymus vorliegt, und wie weit diese Zustände mit dem allgemeinen Lymphatismus verbunden sind, bedarf weiterer Untersuchungen. Jedenfalls scheinen hier keine mechanischen, sondern toxische Momente vorzuliegen.

Eine dritte Gruppe von Thymushyperplasie sind diejenigen bei Basedowscher Krankheit, bei denen es sich anscheinend auch um eine starke Markhyperplasie handelt.

Ferner bestehen auffallende Beziehungen zur Nebenniere, wie die gelegentlichen Befunde von Thymushyperplasie bei Morbus Addisoni zeigen.

Auf die Schilddrüse geht Vortragender nur mit wenigen Worten ein. Die Folgen der Exstirpation sind ja jetzt allgemein bekannt; dagegen herrscht noch ein großes Wirrwar bezüglich der verschiedenen Formen der Schilddrüsenhyperplasie. Nach Vortragendem muß man scharf die diffuse Hyperplasie von den knotigen Hyperplasien trennen, die einfache Adenome sind, also Geschwülste der Schilddrüse, über deren Funktion man bis heute noch nichts Sicheres weiß. Jedenfalls stehen sie entgegen der landläufigen Ansicht zum sogenannten Kretinismus nicht in Beziehung, wenigstens fehlt bis jetzt jeder Beweis dafür.

Von den diffusen Hyperplasien ist die wichtigste die Basedow-Schilddrüse, bei der so gut wie regelmäßig bestimmte Epithel-Veränderungen gefunden werden, doch scheint es nach neueren Untersuchungen so, als wenn auch der Thymus das Bild des Basedow auslösen könnte.

Endlich geht Vortragender auf die verschiedenen Formen der Zwergbildung ein und hebt besonders den Unterschied zwischen der kretinistischen Zwergbildung, der Zwergbildung bei Athyreoidismus und der chondrodystrophischen Zwergbildung unter Demonstration entsprechender Skelette hervor.

3. Herr Geh. Rat Prof. Dr. Hoche, Direktor der psychiatrischen Klinik, bespricht sodann auf Ersuchen in kurzem Referat die **Freudsche Psycho-Analyse**, über die er ein vernichtendes Urteil fällt. Er bezeichnet die Bewegung als eine Art vorübergehender, psychischer Epidemie, die auf phantastisch veranlagte Aerzte und Laien Eindruck macht, als eine Art medicina magica, die keiner Schule, sondern einer Art Glaubensgesellschaft eigen ist.

Der Vortragende erläutert hierauf unter Vorzeigung einer Serie ausgezeichneter Projektionsbilder die **pathologisch anatomischen Veränderungen der organischen Gehirn-Krankheiten** unter Hervorhebung der durch diese Veränderungen ausgelösten charakteristischen Symptome.

4. Das epidemische Auftreten der Blattern im Großherzogtum Baden im Jahre 1912.

a. Zunächst berichtet Herr Privatdozent Dr. Richard Link, Direktor der inneren Abteilung des Krankenhauses in Pforzheim, über eine **in Pforzheim aufgetretene Epidemie** nach einem Referat des Großh. Bezirksarztes Dr. Meyer und auf Grund eigener Beobachtungen:

Die Epidemie entstand in Mühlacker, der ersten württembergischen Bahnstation auf der Strecke Pforzheim-Stuttgart. Es waren 21 Fälle, darunter 10 schwere, 4 davon mit tödlichem Ausgang, und 11 leichte und leichtere. Ueber das Auftreten der Krankheit in Mühlacker ist schon vom Oberamtsarzt Dr. Weißenrieder im Württ. Medizin. Korrespondenzblatt berichtet; Vortragender führt deshalb nur einige besonders interessante Krankengeschichten an, die er der Freundlichkeit des Dr. Hebenstreit, damals Krankenhausarzt in Mühlacker, verdankt, dem er dafür seinen verbindlichsten Dank ausspricht.

Zuerst erkrankte am 20. Januar 1912 ein Pole, 18 Jahre alt, der schon seit dem 7. Dezember 1911 in der dortigen Ziegelei in Arbeit stand. Ob er geimpft war, ließ sich nicht feststellen. Die Art, wie er angesteckt wurde, blieb unklar. Es kann der Ansteckungsstoff an Kleidungsstücken haften geblieben sein, die er aus seiner Heimat Galizien mitgebracht hatte, oder aber ihm durch einen Brief zugetragen sein, den er etwa 8—10 Tage vor seiner Erkrankung von dort erhielt. Dieser Patient stellt den Typus einer sehr schwer verlaufenden tödlichen Pockenerkrankung dar. Bei der Aufnahme klagte er über Schwindel und intensive Kreuzschmerzen. Am 22. Januar wurde ein scharlachähnliches Exanthem im Gesicht und an der unteren Partie des Bauches, sowie hohes Fieber festgestellt. Knötchen fanden sich am Kopf, auf der Stirn und im Gesicht. Am 23. Januar entwickelten sich Bläschen, worauf die Diagnose, die am Tag vorher schon erwogen worden war, mit Sicherheit gestellt wurde. Der Verlauf war äußerst stürmisch. Die Pusteln, die sehr bald gedellt wurden, konfluierten besonders an den Gelenken und traten auch an der Schleimhaut des Mundes, des Rachens und der Zunge auf. Die Haut schwoll ödematös an, so daß der Körper eine formlose Masse bildete. Der Kranke, der sehr große Qualen ausstehen mußte, namentlich wegen der Schleimhaut-Eruption, verbreitete einen widerlichen Geruch. Am 27. Januar traten Delirien auf, am 28. Januar erfolgte der Tod unter Erscheinung von Sepsis und Lungenödem.

Der Verlauf bei einem zweiten Kranken, einem 10 Jahre alten, nicht geimpften Schweizer, war ganz ähnlich und ebenfalls innerhalb 8 Tagen tödlich.

Die folgenden drei Fälle bieten typische Beispiele dafür, daß eine Impfung, auch wenn sie zu spät kommt, um den Ausbruch der Krankheit noch zu verhindern, doch den Verlauf zu einem erheblich leichteren zu gestalten vermag:

Ein Kind, mit einem Jahr ohne Erfolg geimpft, wurde bei Gelegenheit der Erkrankung seiner Mutter am 12. Februar wieder geimpft. Es bot einen sicheren Pockenausschlag am 20. Februar und hatte gleichzeitig eine schöne Impfpustel. Der Verlauf war leicht. — Die zwei nächsten Fälle, eine 17jährige Italienerin, die Tochter einer Pockenkranken, und ein 37jähriger Italiener, der sie öfters besucht hatte und zwei Impfnarben aufwies, wurden beide am 13. Februar geimpft. Am 21. Februar hatten beide Kranke je zwei schön entwickelte Impfpusteln; am 23. Februar erkrankten sie beide mit Fieber; ein leichter Pockenausschlag war am 26. Februar vorhanden. Der Verlauf war sehr milde.

Der nächste Fall betraf einen 7 Wochen alten, deshalb natürlich noch nicht geimpften Metzgersohn Er war wahrscheinlich dadurch infiziert worden, daß trotz der Absperrung ein Metzgerbüchelchen zwischen einer Familie mit einem Pockenkranken und dem Geschäft seines Vaters hin und her verkehrte. Er machte schwere konfluierende Pocken durch und behielt viele Narben. Der Fall ist ein Beweis dafür, daß auch eine schwere Erkrankung eines Kindes unter 1 Jahr nicht unbedingt tödlich zu sein braucht. — Die Mutter des Knaben, 24 Jahre alt, als 1- und 12jähriges Mädchen geimpft, wurde wieder geimpft am 7. März, am gleichen Tage, als der bläschenartige Ausschlag des Knaben festgestellt wurde. Sie erkrankte am 12. März, zeigte jedoch nur eine typische Pockenpustel an einem Auge. Sie hat davon ein Leukom behalten in der Peripherie der Hornhaut, das bis zum unteren Rande des Unterlides hinreicht. Wahrscheinlich ist dieser Fall als eine sogenannte Variolisation aufzufassen, das heißt als Uebertragung echten Pockengiftes von einem Menschen auf den

andern, wie sie bekanntlich früher namentlich in der Türkei als Vorläufer der Schutzimpfung vielfach geübt wurde.

Eine 26 jährige Gravida, die mit 1 und 12 Jahren geimpft war, erkrankte am 17. März mit starkem Schwindel, so daß sie hinstürzte. Am 18. März hatte sie eine Frühgeburt, am Tage nachher den Ausschlag. Das Kind starb, zeigte kein Exanthem und keine Narben. Pockenkranke Frauen erleiden meistens eine Frühgeburt oder einen Abort. Die Kinder können sowohl ein Exanthem zeigen, als auch keinerlei Spuren der Pockenkrankheit an ihrem Körper aufweisen.

Auf diese Epidemie in Mühlacker und Umgebung, wegen deren das dortige Krankenhaus vom 10. Februar bis 15. Juli überhaupt gesperrt war, war dann die kleine Epidemie in Pforzheim zurückzuführen, die insgesamt 15 Personen betraf; davon starben 2 ungeimpfte Kinder; 6 Fälle waren schwer, die anderen leicht und ziemlich leicht.

In Zaisersweier, etwa 8 km von Mühlacker entfernt, starb am 11. März eine 52 jährige herzleidende Frau, wie sich nachher herausstellte, wohl sicher an den Pocken. Sie hatte Kleidungsstücke usw. von Arbeitern der Ziegelei in Mühlacker geflickt, die ihr ihr Mann, der wegen rechtzeitiger Impfung gesund blieb, mitgebracht hatte. Bei ihr befand sich ein Pflegekind, das wegen einer für Masern gehaltenen Krankheit am 23. März von seiner Mutter nach Pforzheim in das Krankenhaus gebracht wurde. Dieses Kind war seinerzeit ungeimpft geblieben, weil es zur Zeit des Impftermins aus irgendeinem Grunde dispensiert worden war. Es mußte sehr verdächtig ausgesehen haben, denn eine Frau im Wagen weigerte sich mitzufahren, und ein polnischer Arbeiter, der es sah, rief aus „das Kind hat die Pock". Es starb wenige Stunden nach seiner Einlieferung, am 24. März früh. Bei seiner Einlieferung war es sofort von der Schwester, die es zuerst sah, isoliert worden; vom behandelnden Arzt wurde am gleichen Abend noch die Diagnose gestellt und die Anzeige erstattet. Das Personal des Isolierhauses wurde geimpft und das Isolierhaus gesperrt. Diese Maßregeln erwiesen sich jedoch nicht als hinreichend, die Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern.

Es erkrankten zunächst 3 Personen. Der erste Kranke war ein 11 Jahre alter Zwangszögling, der aus irgendeinem Grunde nicht geimpft war; er erkrankte am 6. April mit Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen usw. an einem Ausschlag, der anfangs für Masern gehalten und erst am 9. April als Pockenausschlag festgestellt wurde. Es trat Temperaturabfall bis 37,9° ein, dann Wiederanstieg bis 39°. 1½ Wochen bestand Fieber von 39—40°, dann wochenlang 37,2—38,3°. Der Verlauf war schwer. Die Pusteln wurden hämorrhagisch; wegen Ausbruch der Pusteln auch im Mund und Rachen hatte der Kranke heftige Schluckbeschwerden. Als Komplikation trat im weiteren Verlauf ein Fungus im rechten Ellenbogengelenk hinzu. Der Patient wurde jedoch geheilt, behielt nur zahlreiche Narben.

Der zweite Fall betraf ein Kind, das nach Aue, einem Ort im Amtsbezirk Durlach entlassen wurde, dort erkrankte und weitere Erkrankungen veranlaßte, die in dem Referat des Bezirksarztes von Durlach aufgeführt sind.

Der dritte Fall betraf ein 1¾ jähriges, nicht geimpftes Italienerkind, das wegen Masern im Kinderkrankenhaus gewesen war und am 7. April in einer sehr zahlreichen Familie erkrankte, die in einem kleinen Hause wohnte, das von vielen Parteien bewohnt war. Es starb kurz nach der Erkrankung und bildete, trotzdem die Familie sofort gesperrt wurde, den Ausgangspunkt für alle Erkrankungen in Pforzheim, mit Ausnahme von zweien, bei denen der Weg der Ansteckung nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte.

Zuerst wurde durch das Kind der Vater, ein 42 jähriger Italiener, angesteckt, der als Schulkind in Italien einmal geimpft worden war (in Italien wird die Impfung erst ausgeführt, wenn die Kinder zur Schule kommen, also meist im 6. Lebensjahr). Er hatte auch zwei Narben, war am 11. April wieder geimpft worden, erkrankte aber am 15. April mit hohem Fieber, Knötchen usw. Am 19. April delirierte er heftig, wurde zunächst im Isolierhaus des Kinderkrankenhauses untergebracht und kam am 23. April in die Isolierbaracke beim städtischen Krankenhaus, die wegen Ausbruchs der Krankheit sehr schnell errichtet worden war. Im Verlauf handelte es sich um eine hauptsächlich verruköse Form, die sehr gutartig war, bei der sich aber die Schuppung sehr lange hinauszog. Erst am 4. Juni wurde er entlassen.

Am 9. oder 10. April hatte der 53jährige Kirchendiener des Vororts, in dem die erwähnte gesperrte Italienerfamilie wohnte, diese besucht, um ihr Nahrungsmittel zu bringen. Er war zweimal geimpft, zuletzt als Soldat 1881. Am 22. oder 23. April erkrankte er, hatte am 26. April Papeln am Kopf, wurde am 28. April aufgenommen. Der Verlauf war äußerst leicht, ohne Fieber und Narbenbildung.

Ein 13 Monate altes Italienerkind wurde von seiner Mutter in einen Laden mitgenommen, der sich im Hause der erwähnten gesperrten Italienerfamilie befand. Ein Kind dieser Familie, das selbst nicht krank war, und auch später nicht krank wurde, war gleichzeitig in dem Laden anwesend, und dieses kurze Zusammensein in dem gleichen Raum genügte, um das nicht geimpfte kleine Kind anzustecken. Es erkrankte etwa am 20. April, wurde am 27. April als pockenkrank festgestellt und sofort in die Pockenbaracke überführt. Es hatte einen starken, sehr bald hämorrhagisch werdenden Ausschlag, eine erhebliche Conjunctivitis, genas aber und wurde am 5. Juni mit sehr geringer Narbenbildung entlassen.

Die nächsten 5 Fälle bildeten dann wieder eine Gruppe. In dem schon mehrfach erwähnten Hause befand sich eine wegen eines großen Beingeschwürs bettlägerische 53jährige Frau, die als Kind einmal geimpft war und keine sicheren Narben hatte. Als am 11. April wegen der Erkrankung des erst erwähnten Italienerkindes die sämtlichen Bewohner dieses Hauses und Nebenhauses geimpft wurden, wurde durch einen Zufall die bettlägerige Frau im Nebenhause nicht mitgeimpft. Sie erkrankte, — das Datum ließ sich nicht feststellen — und wurde am 30. April mit schwerem konfluierenden Pockenausschlag aufgenommen. Sie hatte unregelmäßiges Fieber bis 39,8° bis 12. Mai und wurde dann fieberfrei; die Pusteln waren ebenfalls hämorrhagisch. Der Verlauf war kompliziert durch das Beingeschwür, das bis auf den Knochen reichte; trotzdem traten keine septischen Erscheinungen auf. Das Geschwür heilte — jetzt hat die Frau fast keine Narben im Gesicht, an Armen und Beinen, nur eigentliche etwas livid gefärbte Flecken. Diese Frau infizierte ihren 50jährigen Ehemann, der als Kind und am 11. Mai ohne Erfolg geimpft war. Er erkrankte am 24. oder 25. April, hatte am 27. April einen Ausschlag, zuerst an Stirn, Nase und Wange, und fuhr am 30. April mit der Straßenbahn nach dem Krankenhaus, um für seine Frau etwas zu hinterlegen. Hier wurde er bei Betreten des Hausflurs sofort als pockenkrank diagnostiziert und gleich aufgenommen. Der Verlauf war äußerst leicht, völlig fieberfrei; an Kopf, Rücken, dann besonders an der Fußsohle und am Handteller waren nur einzelne, aber typische Pockenpusteln. Da dieser Kranke nun die Tür des Krankenhauses angefaßt und den Hausflur betreten hatte, so waren bei dem großen Verkehr, der ständig hier herrschte — von April bis Juni war die durchschnittliche Patientenzahl des Krankenhauses 330 — besondere Maßnahmen geboten. Es wurden sämtliche Kranke mit alleiniger Ausnahme der frisch Operierten und der Erysipelkranken am 1. Mai geimpft, — das gesamte Personal war schon im März geimpft worden. Bis Ende Juni wurde dann diese Impfung auch bei allen Neuaufnahmen durchgeführt. Ein Widerstand machte sich nur bei einzelnen Patienten geltend, ließ sich aber stets durch Zureden überwinden.

Die nächsten 2 Erkrankungen betrafen die 54 und 55 Jahre alten Schwestern der erwähnten Frau, die diese beiden am 26. April besucht hatten. Die erste war als Kind einmal, dann am 1. Mai geimpft; sie erkrankte am 7. Mai und hatte bei der Aufnahme am 11. Mai sehr ausgesprochene Impfpusteln an jedem der 5 Impfschnitte, sonst Eiterbläschen und eine sichere gedellte Pustel. Der Verlauf war ziemlich leicht, die Pusteln wurden nicht hämorrhagisch. Es bestand nur geringes Fieber bis 15. Mai. Am 27. Juni wurde sie entlassen, hatte nur sehr wenig Narben und starb im August d. Js. an einem Herzleiden.

Die andere Kranke war als Kind einmal geimpft, hatte eine Narbe, erkrankte, soweit bekannt, am 9. Mai mit Fieber und Kreuzschmerzen, wies am 12. Mai bei einer gelegentlichen ärztlichen Untersuchung eine Rötung im Inguinal-Dreieck auf und hatte drei Bläschen mit geröteter Basis im Gesicht und am Bauch. Sie wurde sofort ins Krankenhaus gebracht und machte schwere hämorrhagische Pocken durch. Erst am 11. Juli konnte sie entlassen werden und hat jetzt reichliche, aber nicht sehr tief reichende Narben im

Gesicht sowie bräunliche livide Flecken an den Armen und Beinen. — Der nächste in dieser Gruppe war der 57jährige Ehemann dieser Frau, der einmal als Kind (eine Narbe) und am 12. Mai ohne Erfolg geimpft worden war. Er erkrankte angeblich am 11. Mai; der erste Ausschlag war am 16. Mai zu sehen. Er hatte ganz wenig Pusteln, besonders an den Fußsohlen und wies einen sehr leichten Verlauf, nur mit langdauernder Schuppung auf.

Der nächste Fall wurde wieder durch die schon häufig erwähnte Italienerfamilie veranlaßt. Ein Kind dieser Familie besuchte vor Verhängung der Sperre, wiederum ohne selbst zu erkranken, ein Ehepaar und blieb einen Tag in dessen Wohnung. Es infizierte die 53jährige, einmal als Kind (zwei Narben) geimpfte Frau und deren Sohn aus erster Ehe. Die Frau erkrankte am 8. Mai mit Müdigkeit und Hitzegefühl, sogenannter Influenza. Am 10. Mai hatte sie einige Papeln im Gesicht und wenig Pusteln, wurde am 11. Mai aufgenommen mit 39,0° Fieber und hatte am gleichen Abend einen leichten Kollaps. Das Fieber dauerte langsam abnehmend bis zum 17. Mai. Sie bekam einen ausgebreiteten Pockenausschlag, der zum Teil hämorrhagisch wurde. Jetzt hatte sie im Gesicht nur minimale Narben; an Armen und Beinen ist gar nichts zu sehen. — Der 33jährige Sohn, dessen Erkrankung sich als besonders interessant erwies, hatte seine Mutter an jedem Sonntag, also auch am 21. April besucht. Er war zweimal als Kind mit Erfolg geimpft, hatte 4 Impfnarben und wurde am 4. Mai in das Krankenhaus aufgenommen, und zwar in die Abteilung für Geschlechtskranke, wegen eines sicher syphilitischen papulösen Exanthems im Gesicht, an der Stirn, im Nacken und auch etwas am übrigen Körper. Gleichzeitig hatte er typische Kondylome am Anus. Bei der Aufnahme hatte er 39,1°, am 5. Mai: 38,4° und 38,5°, am 6. Mai: 39,0° und 39,1°, am 7. Mai: 37,7° und 37,6°. Das Fieber wurde bezogen auf eine gleichzeitig bestehende erhebliche entzündliche Drüsenschwellung in der rechten Achsel. Es wurde sofort die Schmierkur angefangen, am 5. Mai wurde der Bauch eingerieben. Am 6. Mai war die Bauchgegend sehr stark gerötet, und am 7. Mai traten etwas verdächtige Pusteln an der Haargrenze auf. Am 9. Mai wurde dann der Patient, als noch mehr Pusteln, die eine Delle zeigten, aufgetreten waren, in die Pockenbaracke gebracht. Exzellenz Bäumler, der am 10. Mai die Freundlichkeit hatte, den Kranken zu untersuchen, bestätigte unsere Annahme, daß es sich um Syphilis und Pocken bei dem gleichen Individuum handelte. Der Verlauf beider Krankheiten war ziemlich leicht. Die Pockenpusteln verschwanden zuerst, dann nach einer Spritzkur die syphilitischen Papeln; am 7. Juli wurde er fast ohne Narben entlassen. — Dieser Kranke hat somit 4 volle Tage im eigentlichen Krankenhause mit einer beginnenden Pockenerkrankung unter den gewöhnlichen Einschränkungen des Verkehrs gelegen, die bei Geschlechtskranken üblich sind. Trotzdem und trotz des Umstandes, daß die Abteilung für Geschlechtskranke in einem Hause untergebracht ist, in dem sich die Waschküche, der Trockenraum, das Nähzimmer usw. befinden, erwiesen sich die sofort getroffenen Maßnahmen — 14tägige Sperrung der betreffenden Abteilung, möglichste Einschränkung des Verkehrs im übrigen Hause, Desinfektion sämtlicher Krankenräume des betreffenden Hauses, Baden und Neueinkleiden sämtlicher Patienten usw. — als hinreichend. Es kam keine einzige Ansteckung durch diesen Patienten zustande. Die Impfung aller anderen Patienten, die am 1. Mai schon durchgeführt war, wird uns hierbei wohl sehr zustatten gekommen sein.

Die zwei letzten noch zu besprechenden Fälle traten isoliert auf. Der erste Fall betraf eine 60jährige als Kind einmal geimpfte Frau, die ihre in der eigentlichen Stadt gelegene Wohnung nur am Samstag vor Ostern, den 6. April und am Ostermontag, den 8. April verlassen hatte. Sie erkrankte am 19. April mit einem „schlechten Magen“, hatte am 20. April Erbrechen und Hitzegefühl, am 22. April einen Pockenausschlag, wurde isoliert und am 22. April in die Pockenbaracke des Krankenhauses gebracht. Sie hatte einen typischen Pockenausschlag, der auch hämorrhagisch wurde und ebenfalls in der Mundhöhle ausbrach. Am 23. April betrug die Temperatur 38,4°, am 24. April: 37,9°, am 25. April: 37,9 und 38,5°, am 26. April: 38,2 und 38,6°, von da ab 37,6 bis 37,5 bis 37,3° als niedrigste und 38,2 und 38,5° als höchste Temperatur. Vom 13. Mai ab war diese fast normal. Die Kranke erhielt am 25. April 0,4 Salvarsan. Die Einspritzung in die Armvene mißlang; weil der Arm über und über mit

Pockenpusteln bedeckt war, konnte nur ein schmaler Streifen Haut über die Vene mit Jodtinktur desinfiziert werden, was natürlich das Auffinden der Vene mit der Nadel sehr erschwerte. Es wurde daher das Salvarsan in einen Glutäus eingespritzt. Eine besondere Einwirkung des Salvarsans ließ weder an der Temperaturkurve, die im Verlauf die etwas erhöhte Pockenkurve darstellte, noch im Verlauf der Eintrocknung der Pusteln usw. erkennen. Die Frau hat jetzt fast gar keine Narben im Gesicht, nur einige Flecken an Armen und Beinen.

Der letzte der 15 Fälle war ein 60jähriger Polizeiwachtmeister, der schon 4mal geimpft war, zuletzt 1875, und der sich der allgemeinen Impfung der Schutzleute entzogen hatte. Die Art seiner Ansteckung blieb trotz aller Nachforschungen völlig dunkel. Es dürfte aber doch ein Pockenfall gewesen sein, da er am 23. und 24. Mai offenbar Fieber hatte, am 25. einen Ausschlag und am 1. Mai bei der Aufnahme eine typisch gedellte Pustel am Bauch, 3 am rechten Daumenballen und 2 am rechten Handrücken aufwies. Am linken Daumenballen trat noch eine typische Pustel hinzu. Am 3. Juni war alles vertrocknet, es trat leichte Schuppung auf; am 26. Juni wurde er entlassen.

Die Differenzialdiagnose der Pockenerkrankung spielt naturgemäß zu einer Zeit, in der das Vorkommen derartiger Krankheitsfälle den Aerzten und dem Publikum bekannt ist, eine große Rolle. Schon im Krankenhausbetrieb ist ein höchst unbehagliches Gefühl, bei jedem neu aufgenommenen Kranken, der Fieber unbekannter Herkunft hat, an Pocken denken zu müssen.

In differenzialdiagnostischer Beziehung können zunächst Masern zu Schwierigkeiten und auch zu Verwechslungen Anlaß geben. Auch bei uns wurde ein 7jähriger Knabe mit Masern in die Pockenbaracke eingeliefert und natürlich am nächsten Tage in die Beobachtungsbaracke hinübergebracht. Merkwürdigerweise bekam er nach 12 Tagen hohes Fieber, das aber von einer, infolge der Impfung stark entzündeten und vergrößerten Lymphdrüsen ausging. Der Ausschlag bei den Masern kommt unter Wiederanstieg des Fiebers am 3. Tage, also früher; außerdem finden wir bei ihnen eine starke katarrhalische Affektion der Conjunctivae und der Nase, in der Mundschleimhaut die Koplikschen Flecken und eine starke Diazoreaktion im Harn, wie kaum bei einer anderen Erkrankung. Die Reaktion kann sehr wohl differenzialdiagnostisch verwertet werden, da sie bei uns in dem Fall des erwähnten gleichzeitig an Pocken und Syphilis Erkrankten am 3. Tag nach der Aufnahme, das heißt am 8. Pockenkrankheitstage negativ war; auch sonst im Verlauf war sie bei mehreren Fällen negativ. Am nächsten Tag nach dem Auftreten wird dann der Masernausschlag mehr blaurot, die Zahl der einzelnen Effloreszenzen nimmt zu, ohne daß die einzelnen sich vergrößern. Bei den Pocken nehmen die einzelnen Knötchen zwar zu, es bilden sich aber Bläschen aus; der Kranke ist fieberlos oder hat nur geringe Temperatur.

Die Varizellen sind in keiner Weise mit den Pocken identisch, auch nicht etwa als leichte Pockenform zu betrachten. Es schützen nämlich, wie durch einwandfreie Beobachtungen festgestellt worden sind, weder eben durchgemachte Pocken vor Varizellen noch umgekehrt; ferner sind Kinder, die Varizellen gehabt haben, noch für Kuhpocken empfänglich. Die Varizellen haben eine Inkubationszeit von 23—27 Tagen, die Pocken von 12 Tagen. Der Ausschlag bei den Varizellen, kommt mit dem Fieber am ersten Krankheitstag; die einzelnen Pusteln und Bläschen sind nicht gedellt und nicht fächerig; sie beginnen schon am 4. Tage einzutrocknen. Die entzündliche Rötung an ihrer Basis ist sehr gering. — Eine Varizellen-Epidemie bestand in Königsbach gleichzeitig mit den Pocken in Singen.

Bei der Syphilis können, wie auch unser Fall gelehrt hat, die einzelnen Effloreszenzen, namentlich die knötchenförmigen, eine große Aehnlichkeit mit denjenigen bei beginnenden Pocken haben. Es wäre bei unserem Patient am ersten Tag seines Krankenhausaufenthalts unmöglich gewesen, zu sagen, welche von den Knötchen auf der Stirn auf Syphilis und welche auf Pocken zu beziehen waren. Auch die syphilitischen Bläschen und Pusteln können eine große Aehnlichkeit mit den Pockenpusteln haben, zumal ja auch bei Syphilis im Eruptionsstadium Fieber vorkommt.

Das Erythema exsudativum multiforme gibt mit seinem schub-

weisen Auftreten, seinen Bläschen und Pusteln sowie seinen allerdings meist hellroten Papeln manchmal zu Schwierigkeiten Anlaß, namentlich, da hierbei auch leichtes Fieber auftreten kann. Auch wir hatten während der Pockenzeit 2 solche Fälle; ein 21jähriger Mann kam mit teilweise gedellten Bläschen am Handrücken ins Krankenhaus, welche juckten. Fieber bestand nicht mehr. Ein 18jähriges Mädchen hatte am rechten Handrücken eine typisch gedellte Pustel, dabei allerdings am Hals, an den Armen und vorn an der Brust hellrote Flecken mit etwas infiltrierter Basis.

Stark entwickelte Vakzine, wahrscheinlich durch Ueberimpfung von einer frisch geimpften Schwester her entstanden, gab bei einem dreijährigen Mädchen differential zu diagnostischer Erwägungen und zeitweiser Unterbringung in die Beobachtungsbaracke Veranlassung. — Einmal wurde die Wöchnerin mit sehr starkem Miliaria rubra als pockenverdächtig eingeliefert. Schließlich gab ein Angestellter des Stadtbades, bei dem unter sehr hohem Fieber einzelne Papeln und dann Pusteln an verschiedenen Stellen des Körpers entstanden, zu großen Befürchtungen Anlaß. Erst das Auftreten eines Herpes labialis am 4. Tage klärte die Situation. Es hat sich wohl um eine zentrale Pneumonie mit Akne-Entwicklung gehandelt. Eine Aknepustel kann, wenn sie auch im allgemeinen spitzer als eine Pockenpustel und natürlich niemals gedellt ist, einer nicht ganz typischen Pockenpustel sehr ähnlich sehen. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, daß das Auftreten von Pusteln an Handteller und Fußsohlen, wie das bei mehreren unserer Fälle stattfand, sehr für Pocken spricht.

Eine Beobachtung mag noch erwähnt werden: das ist die starke Urobilin-Reaktion im Harn, die bei mehreren unserer Kranken festgestellt wurde. Sie ging mit Ablauf der Erkrankung zurück und ist interessant im Hinblick auf die Beobachtung englischer Aerzte, wonach Leberzirrhose öfters bei Leuten beobachtet wurde, die früher Pocken durchgemacht hatten (Bäumler).

Bezüglich der Therapie sei nochmals hervorgehoben, daß eine Salvarsaneinspritzung — allerdings erst am 5. Krankheitstage intramuskulär ausgeführt — ohne jede erkennbare Wirkung blieb. Daß die Kranke jetzt fast gar keine Narben im Gesicht aufweist, wurde auch bei anderen gleich schwer Erkrankten beobachtet. Von den vier ziemlich gleich schwer erkrankten älteren Frauen hat jetzt nur noch eine auf den ersten Blick erkennbare Pockennarben im Gesicht. Wieviel dabei die auf der Frauenseite ziemlich konsequent durchgeführte Behandlung mit rotem Licht von Einfluß war, mag dahingestellt bleiben. Sicher ist, daß das rote Licht von Kranken, die schwer entzündete Conjunctivae hatten, angenehm empfunden wurde.

Auch diese kleine Epidemie lehrt wiederum, daß beim ersten Auftreten eines Pockenfalles sofort die allerstrengsten Isoliermaßregeln und zwar am besten in Form der Unterbringung des Kranken in einem abgelegenen Isolierhause erforderlich sind. Von der Schutzimpfung wurde ausgedehntester Gebrauch gemacht, vor allem, um jeden Erkrankten durch Impfung aller Bewohner desselben Hauses usw. eine möglichst ausgedehnte Schutzzone gebildet. Trotzdem oder vielmehr gerade, weil öffentliche Bekanntmachungen über das Auftreten der Krankheit vermieden wurden, ließen sich weit über 5000 Personen freiwillig impfen. — Zur Desinfektion der Wohnräume usw. hat sich das Formal-Verfahren sehr gut bewährt. In keinem Fall kam in einem desinfizierten Raum ein neuer Pockenfall. Zur Verhütung weiterer Epidemien wäre es angezeigt, durch reichsgesetzliche Vorschrift eine Impfung sämtlicher ausländischer Arbeiter beim Ueberschreiten der Grenze durchzuführen. Vorläufig ist im Großherzogtum Baden durch Min.-Erlaß eine solche erst bei ihrer Einstellung angeordnet, während bisher nur eine Untersuchung auf das Vorhandensein von Impfnarben stattfand und die Leute nur bei Nichtvorhandensein von solchen geimpft wurden. In unserem Bezirk werden außerdem die neu zugewanderten Ausländer während der ersten 14 Tage ihres Aufenthalts einer ärztlichen Beobachtung unterzogen.

Der Wert der Schutzimpfung, der immer wieder von fanatischen Impfgegnern angezweifelt wird, hat sich wiederum auf glänzendste gezeigt. Von Pflege- und Aerztepersonal ist niemand erkrankt. Unter den 15 Erkrankten

sind von 3 ungeimpften Kindern bis zu 2 Jahren 2 gestorben; der schwer erkrankte 11jährige Knabe war ungeimpft. Die übrigen 11 Kranken waren 31, 41, die neun letzten 53—60 Jahre alt. Es geht daraus wieder mit Sicherheit hervor, daß der in der Jugend erworbene Impfschutz mit dem Alter verschwindet, und daß auch eine zweite Impfung, wie bei dem Kirchendiener und bei dem Fuhrmann im späteren Verlauf des Lebens nicht vor einer Erkrankung schützt. Daß die Impfung, auch wenn sie zu spät kommt, um dem Ausbruch der Krankheit zu verhindern, diese zu einer leichteren gestaltet, folgt mit Sicherheit aus den erwähnten 3 Beobachtungen in Mühlacker. Unter unseren Kranken liefert der Italiener auch wohl einen Beweis dafür, sowie der eine von seiner Ehefrau angesteckte 50 Jahre alte Ehemann.

b. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Geyer berichtet über **die Pockenepidemie im Amtsbezirke Durlach:** Die im vorigen Jahre im Amtsbezirke Durlach aufgetretene Blattern-Epidemie erstreckte sich auf verschiedene, von einander unabhängige Herde. Der erste Krankheitsfall zeigte sich im Sprechzimmer des praktischen Arztes Dr. Krieger zu Königsbach an einem österreichischen Polen, der in einer Fabrik in Singen wohnte und arbeitete; er hatte die Krankheit offenbar aus Mühlacker eingeschleppt, wo kurz vorher Blatternfälle in einer Fabrik vorgekommen waren, die mit der betreffenden Fabrik zu Singen derselben Gesellschaft gehört, die zuweilen die Arbeiter aus der einen Fabrik zur anderen vertauscht oder ergänzt. Auch sollen die Arbeiter beider Fabriken sich gegenseitig Sonntags besuchen.

Ein anderer Krankheitsfall betraf einen Arbeiter aus Wilferdingen, der mit dem ersten im Wartezimmer des Arztes zusammen gewesen war; ein dritter Fall in Singen die Braut dieses Arbeiters. In der Fabrik zu Singen erkrankten dann noch weitere 18 polnische Arbeiter, die mit dem ersten zusammen in der Fabrik gegessen und gewohnt hatten.

Ein zweiter Herd trat in Jöhlingen auf, wo eine 68jährige, sehr gealterte Frau wenige Tage nach Ausbruch der Krankheit (offenbar an hinzugetretener Lungenentzündung) starb. Diese Frau hatte sich im Wartesaale der Eisenbahn zu Bretten, 14 Tage vor Ausbruch der Krankheit, mit durchreisenden polnischen Arbeitern zu verständigen gesucht, was von dem Bürgermeister des Ortes mit angesehen und angehört worden war; vielleicht war sie dann auch noch mit diesem Arbeiter in demselben Wagenabteil gefahren.

Ein weiterer Herd auf dem Johannistaler Hofe bei Königsbach wo zuerst ein Arbeiter und dann noch drei Arbeiterinnen erkrankten, war offenbar aus deren Heimat (Russisch Polen) eingeschleppt, von wo sie 14 Tage vor Feststellung der Krankheit abgereist waren.

Ein vierter Herd kam durch ein ungeimpftes Kind nach Aue, das im Krankenhause Siloah in Pforzheim, in dem Blatternkranke gelegen hatten, vorher untergebracht war und ein paar Tage nach seiner Ankunft in Aue erkrankte. Die Krankenschwester, die das Kind pflegte und dabei badete, ohne die Krankheit zu kennen, war gleichzeitig noch im Orte tätig gewesen und hatte dadurch zur Verbreitung offenbar Anlaß gegeben, so daß in Aue noch vier weitere Personen erkrankten. Von diesen bediente allerdings ein Knecht das infizierte Fuhrwerk, auf dem das erkrankte Kind, aber von einer anderen und zwar revakzinierten Person in die Pockenbaracke zu Singen verbracht worden war. Böse Zungen wollen wissen, daß der Teppich, mit dem das erkrankte Kind auf dem Transport bedeckt gewesen und der nach Angabe verbrannt worden war, dem Knechte zur weiteren Benutzung gegeben worden sei. Für diesen Fall wäre die Krankheit wohl nicht durch die Schwester, sondern durch den Teppich übertragen worden.

Von einem letzten Herde in Grötzingen war die Entstehung der Krankheit nicht zu ermitteln; doch scheint die betreffende Kranke etwa 14 Tage vor ihrer Erkrankung in Pforzheim mit ausländischen Erdarbeitern zusammen gewesen zu sein.

Die öffentliche Schutzimpfung wurde anfangs nur wenig in Anspruch genommen. Von den polnischen Arbeitern der Fabrik in Singen ließen sich zunächst nur 7 freiwillig impfen, von den einheimischen Arbeitern keiner, was wohl auch bei dem kasernenartigen Zusammenwohnen der ersteren, obwohl die Erkrankten abgesondert waren, als Ursache anzusehen ist, daß von den pol-

nischen Arbeitern noch 18, also mehr als $^1/_3$ erkrankten. Erst als die Krankheit weiter um sich griff, ließen sich sämtliche polnische Arbeiter, denen man durch den Dollmetscher sagen ließ, daß sie sich impfen lassen müßten, und alle einheimischen Arbeiter der Fabrik impfen.

Bei dem weiteren Auftreten der Krankheit stellten sich dann auch die einheimischen Einwohner überhaupt aus den Orten, in denen die Krankheit aufgetreten war, mehr oder weniger zu den öffentlich anberaumten Impfungen, so daß in Singen mehr als 200, in Aue über 230, in Königsbach etwa 70, in Durlach 18 und in Wilferdingen 10 in den öffentlichen Impfterminen erschienen. Dazu kommen noch die Impfungen, die gleich nach Untersuchung der Erkrankten an deren Hausgenossen, meist mehreren Familien, an der Gendamerie, Krankenschwestern, Postpersonal und anderen Beamten, durch deren Hände Schriftstücke aus den betreffenden Orten gingen, unentgeltlich vorgenommen wurden, so daß ihre Zahl gegen 700 betragen mag.

In bezug auf den Schutz der Impfung glaubt Vortragender annehmen zu können, daß diese, trotz erfolgter Ansteckung, noch vor dem Ausbruch der Ansteckung schützt, wenn sie nur wenige Tage nach der Ansteckung ausgeführt wird. So bekamen z. B. das Fräulein, das die Post von Singen nach Wilferdingen besorgte uud eine Frau Dautel in Singen, die das Brot nach der Fabrik in Singen zu bringen pflegte, nicht ganz eine Woche nach der Impfung, die für das Prodromalstadium der Pocken so charakteristischen Kreuzschmerzen in heftiger Weise neben allgemeinen hochgradigen Fiebererscheinungen, was 2—3 Tage angehalten hat, ohne das ein Ausschlag von Blattern erfolgt wäre.

Mit Ausnahme des erwähnten ungeimpften Kindes in Aue, das starb, war der Verlauf der Krankheit nach Ausbruch des Exanthems ein leichter, meist sogar ein ungemein leichter, da die betreffenden Personen sonst alle geimpft waren. Bei der 68jährigen Frau in Jöhlingen ist der schwere Verlauf offenbar auf Rechnung der hinzugetretenen Lungenentzündung zu setzen. Dementsprechend fanden sich auch die Pusteln durchweg vereinzelt und waren nur bei jenem ungeimpften Kinde konfluierend, an einzelnen Stellungen nach Angabe des einen Arztes sogar hämorrhagisch. Die charakteristische Delle (Nabel) fand sich bei diesen früher geimpften Personen ebenfalls höchst selten auf den Pusteln; gewöhnlich waren Nachschübe zu beobachten.

Sehr schwierig war aus diesen und anderen Gründen in vielen Fällen die Diagnose, die wegen der zu ergreifenden Maßnahmen und der dabei schwer wiegenden Eingriffe in die persönlichen Verhältnisse wenn möglich sofort gestellt werden sollte, denn nicht nur die Kranken müssen abgesondert werden, sondern auch die Krankheitsverdächtigen, d. h. solche, die an Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch der Pocken befürchten lassen, ja sogar die Ansteckungsverdächtigen werden in der Bewegung ihrer Freiheit beschränkt, also solche Personen, die mit Erkrankten in Wohnungsgemeinschaft waren, oder sonst, z. B. in Fabriken, auf Arbeitsplätzen etc. mit Kranken zusammen kamen. So wurde ein Fabrikarbeiter in Aue, dessen Frau in die Isolierbaracke gekommen war, von dem Schöffengericht Durlach bestraft, weil er sein Haus während der Inkubationszeit verlassen hatte, um Futter für sein Vieh auf dem Felde zu holen, da ihm jenes von den dazu beauftragten Personen nicht gebracht worden war. Die Fabrik Gritzner in Durlach ließ die Ansteckungsverdächtigen, deren Arbeitsplätze, Geräte etc. desinfiziert wurden, während der Inkubationsdauer nicht in der Fabrik, sondern zahlte für diese Zeit das entsprechende Krankengeld; in gleicher Weise verfuhr die Zementfabrik in Berghausen.

Nicht minder schwierig war die Durchführung der Isolierung nach den gesetzlichen Bestimmungen, da wohl niemand, der die Ansteckungsgefahr einigermaßen kennt, Pockenkranke, oder auch nur Personen, die mit solchen in Berührung kamen, in seine Behausung aufnehmen mag, und die Krankenhäuser die Aufnahme solcher Kranker meist verweigern. In Singen half sich Vortragender bei dem ersten Fall damit, daß er den Erkrankten in den Ortsarrest, resp. in das Wachlokal brachte; in Aue ließ er für den vorliegenden Zweck das Armenhaus räumen. Als dann in der Fabrik zu Singen mehr Fälle zu den ersten hinzukamen, wurde in der Fabrik von den für den Aufenthalt der ausländischen Arbeiter

bestimmten Räumen einer in demselben Gebäude für die Kranken bestimmt. Selbstverständlich war diese Isolierung gegenüber der in den Baracken, in die später die Kranken gebracht wurden, jedenfalls minderwertig, da die Person, die den Kranken Essen und anderes in die Fabrik brachte, mit den Gesunden dieselben Vorplätze und Hausgänge benutzte und mit den Gesunden selbst zusammen kam, die Kranken vielleicht auf den Abort gingen, den die Gesunden benutzten, und auch sonst noch andere Berührungspunkte, z. B. mit den Eßgeschirren, zwischen Gesunden und Kranken vorgekommen sein mögen. Bei den Baracken dagegen wurde das Essen von der Person, die es aus einem Gasthause brachte, in die auf einer Bank stehenden Gefäße vor der Baracke geschüttet, aus denen es das Pflegepersonal, das die Umgebung der Baracke nicht verlassen durfte, für die einzelnen Kranken in die in der Baracke verbleibenden Teller, Tassen etc. entnahm und diese Geschirre entsprechend wieder reinigte, resp. desinfizierte. Die vom Arzte vorgeschriebenen Rezepte wurden in ein außen an der Baracke angebrachtes Kästchen getan, aus dem sie von dem die Medikamente herbeiholenden Boten entnommen wurden, der jene dann auf die erwähnte Bank vor der Baracke stellte.

Das ärztliche Personal legte während des Besuchs der Baracken desinfizierbare Mäntel an und desinfizierte beim Verlassen der Baracke die Hände mit Handbürste in Lysollösung und Ueberwaschen mit Alkohol, wodurch einer Uebertragung der Krankheit wohl möglichst vorgebeugt wurde. Kompliziert wurde die Frage der Isolierung noch dadurch, daß in Königsbach gleichzeitig eine Epidemie und in Aue einzelne Fälle von Windpocken auftraten, die nach den gesetzlichen Bestimmungen in bezug auf Kautelen beim gleichzeitigen Vorkommen von Blattern wie diese zu behandeln sind. Nach Darstellung der Sachlage bekam ich vom Großherzogl. Ministerium die Erlaubnis, bei den Windpocken, nach ihrer sicheren Feststellung, von den bei Variola gebotenen strengen Maßregeln abzusehen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Krankheit nach ihrer Erkennung und nach strenger Durchführung der Isolierung sich von keinem Herde aus weiter verbreitete, wobei es sicher von Bedeutung war, daß sich die Personen, die sich in bezug auf Ansteckung nicht sicher fühlten, revakzinieren ließen.

Wenn schon die Arbeit, die eine solche Epidemie dem beamteten Arzte bringt, eine sehr große ist, so ist seine Verantwortung dabei eine noch viel größere; denn von der Diagnose des Amtsarztes hängt es ab, ob jemand vielleicht ohne Grund isoliert und sozusagen einsam eingesperrt wird, oder ob auf der anderen Seite auch bei einem Kranken die notwendigen Vorsichtsmaßregeln nicht angewendet werden und so die Krankheit unter Umständen weiter verbreitet wird.

c. Ueber das **Auftraten der Blattern in der Kreispflegeanstalt Hub** (Amt Bühl) berichtet der Bezirksarzt Dr. Wolfahrt in Bühl:

Mitte Mai 1912 traten hier die ersten Fälle von Pocken auf; sie waren wahrscheinlich eingeschleppt worden aus der Gegend von Durlach oder Pforzheim, wo damals die Pocken herrschten, und woher beständig ein ziemlich reger Verkehr stattfindet, da aus jenen Gegenden recht viele Pfleglinge in der Anstalt untergebracht sind. Mit Sicherheit ließ sich die Provenienz nicht nachweisen.

Bis zum 9. Juni waren auf der Frauenseite der Anstalt 24 Fälle von Pocken, darunter 2 Fälle von schwarzen Blattern und 3 Todesfälle aufgetreten, auf der Männerseite dagegen nur 1 Fall.

Gleich zu Anfang der Epidemie wurden sämtliche Anstaltsinsassen geimpft. Diese Maßregel hatte eine vorzügliche Wirkung, denn alsbald hörte die Epidemie auf, als der Impfschutz eintrat. Jüngere Personen, deren letzte Impfung nicht allzu weit zurücklag, blieben von der Krankheit verschont oder wurden von ihr nur in ganz leichter Form befallen, selbst wenn sie in ganz nahe Berührung mit Kranken gekommen waren. Die schweren Fälle betrafen mit einer Ausnahme Personen über 65 Jahren, bei denen eine vorangegangene Impfung nicht nachgewiesen werden konnte.

d. Ueber das **Auftreten eines Blatternfalles in Freiburg** berichtet der Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Becker-Freiburg folgendes:

Wie schon der Gr. Bezirksarzt in Durlach berichtet hat, wurde vom Kinderkrankenhause Siloah in Pforzheim, in dem Blatternkranke untergebracht waren, durch ein Kind, das in diesem Krankenhause untergebracht war, die Blattern nach Aue verschleppt. Aus dem gleichen Krankenhause wurde ein Fall nach Freiburg übertragen, der gleichzeitig zeigt, wie außerordentlich leicht die Uebertragung stattfindet.

Am 20. März 1912 wurde ein Kind mit Pocken in Siloah untergebracht und starb am 23. März. In der folgenden Woche erkrankte die pflegende Schwester dieses Kindes an Lungentzündung und wurde, da die Art der Krankheit zunächst unklar war, im gleichen Zimmer untergebracht. Die Krankenschwester, die die genannte Kranke pflegte, schickte nun an ihre Schwester in Freiburg als Ostergeschenk einen neuen Unterrock, den sie in einem Koffer auf dem Speicher verwahrt, aber im Krankenzimmer verpackt hatte. Die Beschenkte zog den Rock auch gleich an und erkrankte prompt am 17. April an einem fleckigen Ausschlag, dessen Bedeutung anfangs verkannt wurde. Die Kranke wurde daher zunächst in einem Krankensaal des Diakonissenhauses bei anderen Kranken untergebracht; erst am 21. April wurde die Diagnose klargestellt. Der Verlauf war ein schwerer, obwohl die Kranke angeblich wiederholt mit Erfolg geimpft war.

Die Anstalt wurde gesperrt und das gesamte Pflege- und Aerztepersonal geimpft. Am 8. Tage nach der Impfung trat ein masernähnlicher Ausschlag bei einer der geimpften Schwestern auf, der zunächst als Impfkomplikation, von dem behandelnen Arzte aber auf Grund des Blutbefundes als leichter Pockenfall erachtet wurde.

Beide Patienten sind genesen. Bemerkenswert war auch hier die Beschränkung der Pockenerkrankungen durch die Impfung.

In der Diskussion wurde der prompte Impferfolg auch bei den anderen Infektionsheerden betont.

Herr Prof. Dr. Schüle sprach sich energisch gegen das Vertuschungssystem aus, und betonte, daß es angezeigt erscheine, beim Auftreten eines Blatternfalles sämtliche Bezirkärzte des Landes hiervon in Kenntnis zu setzen.

Damit war die fast allzureichliche Tagesordnung erschöpft. Der Vorsitzende sprach allen Vortragenden den geziemenden Dank aus und schloß die Versammlung. Bei frohem Mahle blieben dann sämtliche Teilnehmer noch einige Stunden gemütlich beisammen.

Dr. Becker-Freiburg i./Br.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. IV.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden am 18. November 1912 in Bielefeld.

An der unter dem Vorsitz des Herrn Regierungspräsidenten Dr. v. Borries in Bielefeld (Ressource) abgehaltenen Versammlung nahmen teil die Herren: Ob.-Reg.-Rat v. Borstell, Ob.-Reg.-Rat Neumüller, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Geh. Reg.-Rat Häckermann, Geh. Reg.- u. Schulrat Robels, Reg.- und Schulrat Heilmann, Reg.- und Veterinärrat Dr. Kampmann, Landrat Dr. Beckhaus-Bielefeld, die Kreisschulinspektoren Schulrat Stegelmann-Bielefeld, Wellhausen-Herford, Mitzenius-Büren, sämtliche Kreisärzte des Bezirkes, Kreisassistenzarzt Dr. Seitz-Halle, der kreisärztlich geprüfte prakt. Arzt Dr. Dickel-Bethel, Kreistierarzt Räbiger-Bielefeld und die Vorsteher der Nahrungsmitteluntersuchungsämter Dr. Murtfeldt-Minden, Schreiber-Paderborn, Dr. Treue-Bielefeld.

Nach Eröffnung der Sitzung und Begrüßung der Anwesenden durch den Herrn Regierungspräsidenten wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. Anstellung von Schulärzten, insbesondere auf dem Lande.

a) Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter, Kreisarzt in Gütersloh, erster Berichterstatter:

Wiesbaden führte vor 16 Jahren das Schularztsystem mit besonderer Dienstanweisung planmäßig ein, nachdem durch frühere ärztliche Untersuchungen von Schulkindern zahlreiche gesundheitliche Mängel und Gebrechen festgestellt waren. Auf den Bericht seiner entsandten Kommission empfahl der Herr Kultusminister durch Erlaß vom 18. Mai 1898 den Städten die Anstellung von Schulärzten; dasselbe geschah im Bezirk Minden durch Verfügung vom 30. Juli 1898.

Das Schularztsystem hat seitdem einen großen Aufschwung genommen, und günstige Erfolge nicht nur in den größeren Städten, sondern auch in kleineren und auf dem Lande erzielt. Die anfänglichen Bedenken von Schulmännern über die unerfüllbaren Forderungen und den unliebsamen Einfluß der Schulärzte auf den ganzen Unterricht traten immer mehr zurück, weil die Feststellung der schulärztlichen Aufgaben statt Kompetenzstreitigkeiten ein gemeinsames Zusammenarbeiten der Aerzte mit den Lehrern förderte. Die Lehrer stehen der Einrichtung jetzt freundlich gegenüber; überall ist man mit den Erfolgen voll zufrieden.

Die Anstellung von Schulärzten ist zu begründen mit den nur durch ärztliche Untersuchung festzustellenden verschiedenen körperlichen und geistigen Mängeln, wodurch wichtige Fingerzeige sowohl für die Tätigkeit des Lehrers, als auch für die soziale Fürsorge (z. B. Gewährung besonderen Frühstücks, Krüppelfürsorge) gewonnen werden.

Das Wiesbadener System ist seither auf dem Lande wenig durchgeführt, weil man einmal die Notwendigkeit und Durchführbarkeit bestritt, anderseits die Kostenfrage als Hindernis ansah.

Die Notwendigkeit der allgemeinen Einführung ist u. a. überzeugend vom Min-Dir. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner durch seine Abhandlung: „Die Tuberkulose in der Volksschule, ihre Verhütung und Bekämpfung" nachgewiesen; trotz Rückgangs der allgemeinen Sterblichkeit an Tuberkulose um 50% in dem Zeitraum 1876—1906 ist ein Anstieg für das schulpflichtige Alter festzustellen, zumal bei den Knaben. Die Tuberkulosesterblichkeit tritt von ihrem Platz hinter derjenigen an Keuchhusten, Masern, Scharlach, Diphtherie bei Kindern im Alter von 5—10 Jahren an die erste Stelle für die Alters-

klassen von 10—15 Jahren. Darin liegt eine nationale Gefahr. Die drei Forderungen des Min.-Erlasses vom 9. Juli 1907 — Feststellung jeden Falles, vorbeugende Maßregeln, Belehrunng von Lehrer, Schüler und Bevölkerung — sind in erster Linie durch den Schularzt zu erfüllen, wenn auch die Hauptquelle einer Uebertragung der Tuberkulose in der Familie liegt. Der Schularzt kann frühzeitig alle unter den Schulkindern vorkommenden Tuberkulosefälle feststellen, namentlich gilt dies betreffs der Kinder mit offener Tuberkulose (durch Auswurfuntersuchung), die vom Schulbesuch fernzuhalten sind; er kann vor allem aber auch Lehrer und Schulkinder über die Uebertragbarkeit und Heilbarkeit der Krankheit entsprechend belehren. Vielfach hat man die durch die schulärztlichen Untersuchungen meist ermittelte schlechte Beschaffenheit der Zähne als wesentliche Ursache nicht blos der Tuberkulose, sondern auch anderer Krankheiten beschuldigt und infolgedessen in erster Linie eine besondere Schulzahnpflege verlangt. Ohne deren Bedeutung für die Gesundheit und den Ernährungszustand der Schulkinder zu verkennen, kommt sie doch gegenüber den schulärztlichen Untersuchungen erst in zweiter Linie, wie dies mit Recht in der für den hiesigen Bezirk ergangenen Verfügung vom 19. Juni 1908 zum Ausdruck gebracht ist: Die Ueberwachung des Gesundheitszustandes und der Entwicklung des Kindes ist die Hauptsache; die zahnärztliche Behandlung kommt nur daneben in Betracht wie jede andere spezielle. Man darf auch nicht vergessen, daß die Ursache für die Zahnverderbnis häufig Unterernährung, besonders schlechte Ernährungsweise durch kalkarme Nahrung ist, und deshalb zu ihrer Beseitigung weniger eine zahnärztliche Behandlung, als eine allgemein ärztliche sowie Beschaffung besserer Ernährungsverhältnisse in Betracht kommen. Schularzt Dr. Wimmenauer-Mannheim hat z. B. mittleren und guten Ernährungszustand gefunden trotz schlechten Gebisses, Dr. Ernst-Kiel fand die schlechten Zähne als das Sekundäre (oft nach Rachitis). Gleichwohl muß auch eine bessere Zahnpflege und zahnärztliche Behandlung, diese namentlich an Orten mit Zahnärzten, unter Gewährung von Beihülfen oder freier Behandlung aus öffentlichen Mitteln angestrebt werden; die Errichtung von Zahnkliniken wird nur in größeren Städten möglich sein.

Für die Städte wird nun die Bestellung von Schulärzten als zweckmäßig, notwendig und durchführbar fast ausnahmslos anerkannt, für Landschulen dagegen beides vielfach bestritten mit der Begründung, daß der ausgiebigere Aufenthalt der Landkinder in freier Luft diese gesunder erhalte als die Stadtkinder, und daß auch die Kosten dafür zu hoch im Vergleich zu dem Nutzen seien. Geh. Rat Dr. Rapmund hat jedoch in seinem Bericht über den Stand der ländlichen Gesundheitspflege im Regierungsbezirk Minden bereits nachgewiesen, daß die Abnahme der Sterblichkeit im allgemeinen und die Besserung der hygienischen Verhältnisse in den Städten größer ist als auf dem Lande, und daß sich demnach die Ansicht von einem besseren Gesundheitszustand der ländlichen Bevölkerung nicht aufrecht erhalten läßt. Auch die Durchführbarkeit der Anstellung von Schulärzten auf dem Lande ist z. B. in Württemberg, Hessen, Sachsen-Meiningen erwiesen, also in Staaten, die sich keineswegs durch größere Wohlhabenheit auszeichnen.

Der Berichterstatter geht hierauf näher auf die einzelnen Forderungen ein, deren Erfüllung notwendig ist, um einegenügende Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder sicher zu stellen: Aerztliche Untersuchung der Schulanfänger und der aus der Schulpflicht zu entlassenden Schulkinder sowie ärztliche Ueberwachung der kränklich und schwächlich befundenenen Kinder. Er empfiehlt die Anlegung eines Gesundheitsscheines für jeden Schulanfänger, der bis zur Schulentlassung fortlaufend weiter zu führen ist. Personalien, Größe und Gewicht können sehr wohl von den Lehrern schon vor der ärztlichen Untersuchung eingetragen werden; der Schularzt braucht dann nur dem Lehrer die übrigen Angaben über Brustumfang und Gesundheitszustand der wichtigen Organe zu diktieren und die Angaben des Lehrers über Sprache und geistige Befähigung beizufügen, wenn diese auch beim Anfänger nur vorläufigen Wert haben. Dringend empfiehlt sich die Beteiligung der Eltern bei der erstmaligen Untersuchung mit Rücksicht auf die von ihnen über den bisherigen Gesundheitszustand der Kinder zu erhaltenden Mitteilungen.

Der Schularzt soll keine leitende oder anordnende Stellung haben; etwaige Mißstände sind in dringenden Fällen dem Schulleiter, festgestellte Fälle von Masern, Keuchhusten oder anderen übertragbaren Krankheiten dem Kreisarzt mitzuteilen.

Die Ueberwachung der Hygiene des Gebäudes und Unterrichtes ist in erster Linie Sache des beamteten Arztes, jedoch ist eine Mitwirkung des Schularztes erwünscht und deshalb seine Einladung zur Teilnahme an amtsärztlichen Schulbesichtigungen angezeigt.

Bei festgestellten Erkrankungen ist den Eltern behufs etwa notwendiger ärztlicher Behandlung entsprechende Mitteilung — am besten durch Formular — zu machen. Nach Verfügung vom 18. August 1911 sind die von den Lehrern zu führenden Personalbogen über schwachsinnige Kinder dem Schularzt vorzulegen, der vor Entlassung ein zusammenfasseudes Gutachten einträgt. Vorhandene Gebrechen geben bei der Schulentlassung Anlaß zu Ratschlägen für die Berufswahl. Besondere Untersuchungen eines Kindes auf Ersuchen des Schulleiters können in der ärztlichen Sprechstunde erfolgen. Diese ärztlichen Sprechstunden im Anschluß an die Untersuchungen sind von besonderem Wert, wenn sie auch von den Angehörigen in Anspruch genommen werden; denn sie bieten den Aerzten Gelegenheit zu deren Belehrung, die sich für die Schulkinder außerdem durch gemeinverständliche Vorträge in den Oberklassen empfiehlt.

Der Berichterstatter teilt dann zusammenfassend das Ergebnis einer von der Königl. Regierung im Oktober 1911 veranlaßten Umfrage über den Stand der Schularztfrage im hiesigen Bezirk mit. Danach hat die schlechte Finanzlage der Gemeinden eine weitere Ausdehnung vielfach verhindert; soweit aber eine schulärztliche Einrichtung besteht, hat sie sich überall bewährt. Außer in den Kreisen Höxter und Minden sind überall mehr oder weniger Schulärzte angestellt, in Stadt Bielefeld seit 1908, in den Kreisen Büren, Bielefeld, Lübbecke, Paderborn und Wiedenbrück teilweise auch für Landgemeinden. Die Eltern zeigen meistens reges Interesse; die Ratschläge werden gut befolgt. Aerztliche Behandlung durch die Schulärzte findet grundsätzlich nirgends statt; bei armen Kindern wird diese mit Hilfe der öffentlichen Armenpflege oder von wohltätigen Vereinen durchgeführt. Eine ärztliche Untersuchung der Anfänger erfolgt überall, teilweise auch eine solche vor der Entlassung; für die sog. Ueberwachungsschüler sind zumeist Nachuntersuchungen eingeführt.

Einheitliche Vorschriften über die Regelung des schulärztlichen Dienstes fehlen bisher; in den einzelnen Kreisen, Städten usw. bestehen in dieser Hinsicht erhebliche Unterschiede, die allerdings z. T. durch örtliche Verhältnisse bedingt werden.

b. Der zweite Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Loer-Büren, behandelte den Gegenstand auf Grund eigener Erfahrungen in seinem Kreise besonders unter Berücksichtigung der Verhältnisse in kleinen Städten und auf dem Lande. Einleitend wies er auf die Tätigkeit des Kreisarztes nach §§ 94—97 D.-A. und die Verfügung für den Bezirk vom 8. Juni 1909 hin, wonach bei jedem ersten Erkrankungsfall an Diphtherie und Scharlach in einer Ortschaft — bezw. Ortsteil in größeren Orten — örtliche Ermittelungen anzustellen sind, die bei Erkrankung von Schulkindern auf die Ermittlung weiterer Krankheitsfälle bezw. bei Diphtherie auch auf Keimträger auszudehnen sind. Für den hiesigen Bezirk kommt weiter hinzu, daß der Kreisarzt wenigstens einmal jährlich in jede Ortschaft kommt zur Teilnahme an den Sitzungen der Gesundheitskommissionen, wobei er auch die Schule besichtigen kann. Dies genügt jedoch nicht, wenn er auch den Gesundheitszustand der Kinder sachgemäß überwachen soll; denn dieser verlangt eine häufigere, „dauernde“ Aufsicht und in anderer Form, als bei den vorstehenden Gelegenheiten möglich ist. Der Lehrer kann zahlreiche Leiden dem Kinde nicht anmerken (Herzfehler, Brüche und Anlagen dazu, leichtere Verkrümmung der Wirbelsäule, beginnende Lungenleiden, Störungen des Seh- und Hörvermögens); er muß außerdem sachgemäßen Rat erhalten, wie das Kind im Unterricht entsprechend zu behandeln und zu schonen ist. Neben der amtlichen hygienischen Ueberwachung der Schulen durch den Kreisarzt bedarf es daher auch einer besonderen Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder durch einen Schularzt. Bei seiner schulärztlichen Tätigkeit hat Berichterstatter zwar

im allgemeinen einen befriedigenden Gesundheits- und Kräftezustand der Schulkinder, ja mitunter einen recht guten gefunden; bei der überwiegenden Mehrzahl — in einzelnen Schulen bis zu 80% — waren aber chronische Schwellungen der Lymphdrüsen vorhanden, z. B. im Jahre 1909 bei 528 unter 1113 Kindern, 1910 bei 276 unter 817 und 1911 bei 597 unter 1847 Kindern, während andere Zeichen ausgesprochener Skrophulose erheblich seltener festgestellt wurden. Es handelte sich in allen diesen Fällen um tuberkulöse Drüsen, die zwar bei genügender Widerstandskraft des kindlichen Körpers schließlich ausheilen können, aber immerhin eine beständige Gefahr für das Kind bilden und ernste Beachtung verlangen. Ursächlich kommen für ihr gehäuftes Vorkommen unter den Schulkindern in Betracht: Mängel der Ernährung, ungenügende Reinlichkeit in den Wohnungen, Vernachlässigung der Haut- und Zahnpflege. Wenn auch in den weitaus meisten Fällen die Ernährung der Kinder völlig ausreichend erscheint, so ist doch der in einzelnen Ortschaften bemerkbare Rückgang des Milchverbrauchs infolge der fast überhandnehmenden Molkereien, sowie der durch übertriebene Reklame gesteigerte Ersatz der in der eigenen Wirtschaft produzierten Nahrungsmittel, der Butter und des Schmalzes durch Surrogate, die durchgehends weit über ihren Wert bezahlt werden, sehr zu beklagen. Dahin gehört auch die Förderung der Näschereien durch die vielverbreiteten Automaten mit den minderwertigen oder gar gesundheitsschädlichen Süßigkeiten, sowie auch durch die Zugabe solcher Sachen an die einkaufenden Kinder. Ernährungsstörungen und zunehmende Verschlechterung des Gebisses dürften zum großen Teil durch diese Unsitten verursacht werden. Belehrungen sind hierbei sehr angebracht.

Auch die Hautpflege der Kinder ist noch sehr mangelhaft; besonders vernachlässigt ist das Badewesen. Obschon 75% der Ortschaften des Kreises Büren mit Wasserleitungen versorgt sind, finden sich doch solche, in denen kein Schulkind gebadet oder auch nur einmal im Monat am ganzen Körper abgewaschen wird.. Dabei gestatten die vorhandenen häuslichen Einrichtungen auch ohne die Kosten einer Badewanne eine derartige Hautpflege, durch die Wohlbefinden, Abhärtung und Widerstandskraft gegen Krankheiten, zumal auch gegen die Tuberkulose, gesteigert würden. Die Indolenz der Bevölkerung läßt durch Belehrung allein wenig Erfolg erwarten; die Jugend muß vielmehr zu größerer Reinlichkeit erzogen werden, damit durch sie das Bedürfnis danach wieder auflebt. Bei dieser Aufgabe wird die Schule durch die Mithilfe des Schularztes wesentlich unterstützt.

Die Zahn- und Mundpflege wird ebenso vernachlässigt. Die vielen kariösen Zähne bei Schulkindern sind zwar bis zu gewissem Grade eine normale Erscheinung wegen des Zahnwechsels; man findet aber auch zahlreiche Kinder, deren Gebiß geradezu verwahrlost ist, so daß das Kauen der Speisen kaum möglich erscheint, und der Eintritt von Ernährungsstörungen befürchtet werden muß. Von den kariösen Zähnen aus befallen die Bakterien die benachbarten Halslymphdrüsen. Immerhin ist auf das Gebiß nicht der Schwerpunkt der ärztlichen Untersuchung zu legen. Jedenfalls sind die Eltern auf die Abstellung der Mängel an den Zähnen hinzuweisen; aber warum soll eine Behandlung der kranken Zähne in der Schule erfolgen, während andere, wichtigere Krankheiten davon ausgeschlossen sind? Wohl sind Merkblätter zu empfehlen.

Geringere Grade von Verkrümmungen der Wirbelsäule wurden ziemlich häufig beobachtet, zumal die Landkinder schon früh verhältnismäßig schwere Arbeiten verrichten müssen. Sie sind deshalb oft auch mehr auf diesen Umstand, als auf die Schule zurückzuführen; durch schlechte Haltung in der Schule werden sie allerdings wesentlich verschlimmert. Nicht selten waren es auch leichtere Verunstaltungen des Brustkorbes infolge Rachitis, die besondere Berücksichtigung seitens der Schule verlangen.

Ausgesprochene Lungentuberkulose wurde selten festgestellt, wohl weil schwer erkrankte Kinder der Schule fernbleiben. Erst die ausgedehntere schulärztliche Untersuchung wird ein sicheres Urteil über die Verbreitung dieser Volksseuche unter der Schuljugend ermöglichen.

Herzklappenfehler fanden sich im Jahre 1911 nur 6 mal; chronische Mandelschwellungen bei 51, Wucherungen im Nasenrachenraum bei 10 Schulkindern.

An Blutarmut litten 1909: 28 unter 1113, 1910: 7 unter 817 und 1911: 67 unter 1847 Kindern. Brüche und Anlagen dazu fanden sich 1911 bei 29 Kindern. Schwerhörig waren 1911: 23, kurzsichtig 22 Kinder. Schwachsinn höheren Grades fand sich 1909 bei 1, 1910 bei 2, 1911 bei 4 Kindern.

Diese Feststellungen beweisen, daß der Gesundheitszustand der Schulkinder auf dem Lande keineswegs so günstig ist, daß ihre dauernde Ueberwachung durch besondere Schulärzte unnötig erschiene. Vielmehr liegt diese sowohl im Interesse der Kinder, als der Lehrpersonen, die oft von den Gebrechen der Kinder keine Ahnung haben. Desgleichen hat die Allgemeinheit Nutzen von der dauernden Belehrung und Anleitung der heranwachsenden Generation; denn durch diese dringen die Grundsätze der Gesundheitspflege auch ins Elternhaus.

Die Beantwortung der Frage, ob die Anstellung von Schulärzten auf dem Lande durchführbar ist, hängt wesentlich ab von der Kosten- und der Arztfrage. Fällt es schon sehr schwer, die oft stark belasteten Gemeinden zu Ausgaben zu veranlassen für Einrichtungen, deren Nutzen sofort ins Auge fällt, wie z. B. zum Bau von Wasserleitungen, so stößt man bei der Schularztfrage auf noch größere Schwierigkeiten, weil ihr Nutzen erst nach Jahren sich zeigt. Eingehende Belehrung und wiederholte Anregung sind nötig; dazu hat aber der Kreisarzt bei Schulbesichtigungen und in den Gesundheitskommissionen gute Gelegenheit.

Um die Kosten auf das notwendigste Maß herabzusetzen, ist die Tätigkeit der Schulärzte in den Landschulen auf die Hygiene der Kinder zu beschränken; regelmäßige Sprechstunden in den Schulen, hygienische Vorträge in den Oberklassen können wegfallen. Dagegen wird das Untersuchungsergebnis häufig guten Anlaß geben zu kurzen Belehrungen bei Gelegenheit der schulärztlichen Untersuchungen. Gänzlich auszuschließen ist ärztliche Behandlung. Nicht zweckmäßig ist es, von den Schulärzten ärztliche Bescheinigungen über erfolgte Züchtigungen und vorzeitige Entlassung einzufordern; das ist besser Sache des Kreisarztes. In der vom ersten Berichterstatter angegebenen Weise genügt die jährlich einmalige Untersuchung vollständig bei der wenig wechselnden Landbevölkerung. Ueber jedes Kind wird ein Gesundheitsbogen ausgefüllt zu späterer Verwendung und um den Schularzt zur Untersuchung aller wichtigen Organe zu veranlassen.

Gegenüber den Städten entstehen auf dem Lande außer den Untersuchungskosten noch die Kosten für die notwendigen Reisen, die verhältnismäßig um so größer und drückender sind, je kleiner die Gemeinden sind und je entfernter sie vom Arzt liegen. Deshalb sollten die Reisekosten von großen Verbänden — Kreis- oder Amtsbezirk — getragen werden. Für den Kreis Büren mit der jetzigen Einteilung der Schularztbezirke kommen hierfür 500—600 Mark in Frage, deren Uebernahme für den Kreis wohl nicht zu schwer ist. Auch der Staat sollte dazu, gewissermaßen als eine Gegenleistung für die tüchtigen und königstreuen Soldaten und Bürger, die ihm das Land stellt, eine Beihilfe an arme Gemeinden gewähren; dann dürfte die Durchführung der segensreichen schulärztlichen Einrichtung auch auf dem Lande nicht an der Kostenfrage scheitern. Die hiesige Regierung hat sich übrigens in anerkennenswerter Weise durch Verfügung vom 20. Februar 1911 grundsätzlich mit der Heranziehung der Ergänzungszuschüsse zu den Schularztkosten einverstanden erklärt.

Zum Schluß betont der Berichterstatter, daß es an geeigneten und auch bei mäßiger Bezahlung der Leistungen bereiten Aerzten nicht fehlen dürfte. Im Kreise Büren haben die Schulärzte im Interesse der Sache und wegen der geringen Leistungsfähigheit der Gemeinden vorläufig auf Reisekosten verzichtet. Die Auswahl der Schulärzte muß sich nach den örtlichen Verhältnissen richten; jedenfalls ist aber der Kreisarzt in erster Linie heranzuziehen wegen seiner sonstigen Aufgaben auf diesem Gebiete und weil er das Zusammenarbeiten zwischen Lehrern und Aerzten am besten sichern kann. Die schulärztliche Tätigkeit läßt ihn auch die gesundheitlichen Verhältnisse seines Kreises besser übersehen und für seine sonstigen Aufgaben Material finden. Die Konferenzen der Schulärzte

muß er leiten, ihre Jahresberichte müssen durch seine Hand gehen. Dringend zu vermeiden ist die Bildung zu kleiner Bezirke und ein öfterer Wechsel der Aerzte; dadurch leidet nur deren Berufsfreudigkeit und anderseits ist auch die Uebersicht über die Wirksamkeit und Erfolge der für die Kinder getroffenen Maßnahmen erschwert.

Die von den Berichterstattern aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

A. Im allgemeinen.

1. Es ist im Interesse der Volksgesundheit notwendig, daß eine regelmäßige Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder durch Schulärzte bei allen Volksschulen in den Städten und auf dem Lande planmäßig durchgeführt wird.

2. Von dieser Maßnahme steht insbesondere eine wirksame Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose in der Schule, sowie ein erheblicher Nutzen für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Schulkinder und für den Unterricht durch ein Zusammenwirken des Schularztes und der Lehrpersonen zu erwarten.

B. Im besonderen.

I. Leitsätze des Kreisarztes Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter:

1. Um eine genügende Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder sicher zu stellen, sind erforderlich:

a) eine ärztliche Untersuchung der Schulanfänger in den ersten Monaten nach dem Schulbeginn;

b) eine ärztliche Untersuchung der aus der Schulpflicht zu entlassenden Kinder in den letzten Monaten vor der Entlassung;

c) ärztliche Nachuntersuchungen wenigstens einmal jährlich der Schulkinder, die bei der ersten Untersuchung als kränklich oder schwächlich befunden sind, ferner der Kinder, die nachträglich eine schwerere Krankheit durchgemacht haben oder später vom Lehrer als kränklich oder schwach, sei es in körperlicher oder geistiger Hinsicht, bezeichnet werden, sogenannte Ueberwachungsschüler.

2. Gleich bei der ersten Untersuchung ist für jedes Kind unter Mitwirkung des Lehrers ein Befundschein auszufüllen mit Angaben über Körpergröße, Gewicht, Brustumfang und Gesundheitszustand der wichtigen Organe (besonders Brust-, Leibes- und Sinnesorgane). Die Größe und das Gewicht werden schon vorher vom Lehrer festgestellt und ebenso wie die Personalien eingetragen, während der Schularzt die übrigen Angaben diktiert.

Die Gesundheitsscheine müssen entsprechende Vordrucke und genügend Raum zur Eintragung der Befunde bei späteren Nachuntersuchungen haben; diejenigen für die Ueberwachungsschüler sind besonders zu kennzeichnen.

Alle Gesundheitsscheine verbleiben bei den Schulakten, damit sie dem Schularzt bei den Nachuntersuchungen wieder vorgelegt werden können.

3. Der Schularzt hat weder bei der Hygiene des Schulgebäudes mitzuwirken, noch steht ihm ein Einfluß auf die Hygiene des Unterrichts zu, jedoch hat er etwa von ihm in dieser Hinsicht vorgefundene Mißstände in dringenden Fällen dem Schulleiter zur weiteren Veranlassung mitzuteilen. Wenn er bei den Untersuchungen der Schulkinder eine übertragbare Krankheit feststellt, so ist er zu einer Anzeige an den Kreisarzt verpflichtet.

4. Der Schularzt hat sich über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung eines Schulkindes zu äußern, ferner über die Notwendigkeit der Unterbringung in einer Hilfsschule oder in einer Idiotenanstalt, sowie bei der Entlassung aus der Schule, wenn sich Gebrechen vorfinden, über die Berufswahl. In besonderen Fällen soll sich der Schularzt auch über den Gesundheitszustand eines Schulkindes auf Ersuchen des Rektors oder Hauptlehrers schriftlich äußern.

5. Den Eltern wird schriftlich die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung mit der Unterschrift des Schularztes und des Lehrers mitgeteilt.

Wenn sich bei der Untersuchung des Gebisses die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung ergibt, so ist auf eine solche an den Orten hinzuwirken, an denen Zahnärzte vorhanden sind. Für die Zahnpflege empfiehlt sich im übrigen die Verteilung geeigneter Merkblätter.

6. Das Abhalten von Sprechstunden des Schularztes im Schulgebäude ist im allgemeinen nur in den größeren und mittelgroßen Städten erforderlich. Es empfiehlt sich, daß der Schularzt in den oberen Klassen kurze belehrende hygienische Vorträge hält, z. B. über die Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose, über die Gefahren des Alkoholgenusses usw.

7. Die Anstellung des Schularztes erfolgt in der Regel im Nebenamte; auch der Kreisarzt ist an der schulärztlichen Tätigkeit mitzubeteiligen, soweit es seine dienstlichen Aufgaben gestatten.

8. Die gesamte Tätigkeit des Schularztes, bei der eine ärztliche Behandlung der Schulkinder ausgeschlossen sein muß, ist durch eine Dienstanweisung zu regeln und in dieser anzuordnen, daß jeder Schularzt am Schlusse des Jahres einen kurzen schriftlichen Bericht zu erstatten hat.

9. Die Oberleitung des schulärztlichen Dienstes wird am zweckmäßigsten dem Kreisarzt übertragen; desgleichen empfiehlt es sich, daß unter seinem Vorsitz in jedem Kreise jährlich eine Konferenz der Schulärzte abgehalten wird.

II. Leitsätze des Kreisarztes Dr. Loer:

(Unter besonderer Berücksichtigung der ländlichen Verhältnisse.)

1. Eine regelmäßige Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Schulkinder auf dem Lande ist ebenso notwendig, wie in der Stadt,

a) weil der Gesundheitszustand der Schulkinder auf dem Lande keineswegs so günstig ist, wie vielfach angenommen wird;

b) weil das Land hinsichtlich seiner hygienischen Einrichtungen hinter den Städten zurückgeblieben ist, und es deshalb erwünscht ist und auch zu erwarten steht, daß die Grundsätze der Hygiene durch die Tätigkeit der Schulärzte den Kindern eingeimpft und von den Kindern auf die Eltern übertragen werden;

c) weil ohne eine ärztliche Beratung die Lehrpersonen nicht imstande sind, die ihnen vielfach unbekannten Gebrechen der Kinder zu erkennen und die nötige Rücksicht auf diese zu nehmen.

2. Sie ist durchführbar, wenn die besonderen Verhältnisse des Landes entsprechend berücksichtigt werden.

3. Da die Landbevölkerung im allgemeinen noch wenig Verständnis für die Notwendigkeit einer schulärztlichen Ueberwachung hat, so muß sie zunächst über deren Zweck und Nutzen belehrt werden; außerdem ist erforderlich, die Kosten auf das notwendigste Maß einzuschränken. Um dies zu erreichen, ist

a) die Tätigkeit des Schularztes auf die Hygiene der Schulkinder und auf eine jährlich nur einmal vorzunehmende ärztliche Untersuchung derselben unter Berücksichtigung der in dieser Hinsicht vom Mitberichterstatter auch betreffs der Ausfüllung von Gesundheitsscheinen gestellten Anforderungen zu beschränken;

b) von der Abhaltung von regelmäßigen Sprechstunden in den Schulen, sowie von hygienischen Vorträgen in den Oberklassen abzusehen; es wird genügen, wenn die Schulärzte bei den Besichtigungen kurze Belehrungen über Gesundheitspflege geben;

c) eine ärztliche Behandlung der Schulkinder durch die Schulärzte als solche auszuschließen;

d) von der Anstellung besonderer Schulzahnärzte abzusehen. Das Gebiß der Kinder ist jedoch von den Schulärzten zu untersuchen; Mängel sind den Eltern mitzuteilen. Auch empfiehlt sich die Verteilung von Merkblättern über Zahnpflege.

4. Die Verteilung der Kosten geschieht am zweckmäßigsten in der Weise, daß die Gemeinden nur die durch die schulärztliche Ueberwachung selbst entstehenden Kosten tragen; dabei sind für leistungsschwache Gemeinden Staatsbeihilfen zu erwirken. Die Reisekosten der Schulärzte sind entweder von den Kreisen oder von den Amtsbezirken zu übernehmen.

5. Für die schulärztliche Tätigkeit kommt auf dem Lande in erster Linie der Kreisarzt in Betracht. Neben ihm sind tüchtige praktische Aerzte heranzuziehen, jedoch ist hierbei die Bildung zu kleiner Bezirke und ein häufiger Wechsel der Schulärzte zu vermeiden.

Jedenfalls muß die Oberleitung des schulärztlichen Dienstes in der Hand des Kreisarztes ruhen und dieser auch bei den alljährlich mindestens einmal abzuhaltenden Konferenzen der Schulärzte den Vorsitz führen. Ihm sind die Jahresberichte der Schulärzte vorzulegen.

Diskussion:

Auf Veranlassung des Herrn Regierungspräsidenten gibt zunächst Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter noch einige Erläuterungen zu den Leitsätzen. Er empfiehlt die Ausstellung der Gesundheitsscheine für alle Kinder, da später leicht aus einem gesunden ein Ueberwachungsschüler werden kann. Die schulärztlichen Mitteilungen an die Eltern erfolgen besser durch den Arzt, sie sollten nur ausnahmsweise durch den Lehrer bewirkt werden. Die Eltern sind zur erstmaligen Untersuchung einzuladen zwecks Besprechung der früheren Gesundheitsverhältnitse der Schulanfänger.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund ist in einem Punkte mit dem zweiten Berichterstatter nicht einverstanden; nach seiner Ansicht sollte gerade der Schularzt bei vorzeitiger Entlassung gehört werden. Die Befürchtung, er könnte hierbei den Wünschen der Eltern zu sehr Rechnung tragen, dürfte nicht so groß sein; jedenfalls kennt er das Kind besser als der Kreisarzt, der es oft nur einmal gesehen hat. Gesundheitsscheine müssen unbedingt über jedes Kind angelegt werden. Die regelmäßige Eintragung von Gewicht, Brustumfang und Größe ist sehr wichtig, denn die betreffenden Angaben sind für die Beurteilung der körperlichen Entwicklung der Schulkinder von außerordentlichem Wert. Wegen der Kosten hält auch er staatliche Zuschüsse an leistungsschwache Gemeinden für sehr erwünscht, glaubt jedoch, daß sich auch die Kreise und Amtsbezirke nicht ablehnend verhalten würden. Die Kreisärzte sollten überall, soweit es ihre sonstigen Amtsgeschäfte erlauben, auch als Schulärzte tätig sein. Eine wichtige Aufgabe für diese sei auch die Feststellung schwachsinniger Kinder, für die hoffentlich recht bald in gleicher Weise wie für die Beschulung blinder und taubstummer Kinder eine gesetzliche Fürsorge getroffen werde, die um so notwendiger sei, als erfahrungsgemäß viele Fürsorgezöglinge aus schwachsinnigen Kindern hervorgehen. Eine Belehrung der Kinder durch den Schularzt sei in den oberen Klassen schon möglich; besser geschehe diese aber in Fortbildungs- und Haushaltungsschulen, deren Ausbau deshalb auch auf dem Lande gefordert werden sollte.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries hält zwar die Schularzteinrichtung im gesundheitlichen Interesse für wünschenswert, bezweifelt aber ihre allgemeine Durchführbarkeit auf dem Lande. Er bittet die anwesenden Vertreter der Schulabteilung und die anwesenden Kreisschulinspektoren sich hierüber zu äußern.

Kreisschulinspektor Schulrat Mitzenius-Büren hält eine Untersuchung der Schulkinder am Anfang und am Ende der Schulzeit für notwendig, desgleichen eine jährliche Untersuchung der sogenannten Ueberwachungsschüler. Im Interesse der Schule sei es ferner erwünscht, daß bei plötzlichen Erkrankungen, besonders Hautausschlägen u. drgl. der Schularzt behufs Entscheidung, ob das Kind die Schule wieder besuchen dürfe, zugezogen werden könne, da die Eltern es oft ablehnen, einen Arzt deshalb in Anspruch zu nehmen, weil sie die Kosten scheuen oder weil sie sich auch wegen eines solchen Verlangens beleidigt fühlen. Bei der Frage der vorzeitigen Entlassung aus der Schulpflicht müsse der Kreisschulinspektor berechtigt sein, ein kreisärztliches Zeugnis zu verlangen, da die Wünsche der Eltern nicht selten unbegründet

seien. Sehr wünschenswert sei die gesundheitliche Belehrung in den Fortbildungsschulen durch den Schularzt, wenigstens einmal im Winterhalbjahre. Zum Schluß betont Redner noch, daß die Lehrer bisher stets bereit gewesen seien, auf diesem Gebiete mitzuarbeiten.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries glaubt, daß die Vorführung von Kindern zum Schularzt zur Feststellung etwaiger Erkrankung doch bei weiteren Wegen beschwerlich sein dürfte; außerdem fehle auch eine gesetzliche Handhabe dazu.

Kreisarzt Med.-Rat Dr. Nünninghoff-Bielefeld: In Bielefeld erfolgt nur in Eilfällen eine Vorführung der fraglichen Kinder.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund fragt, ob ein Zeugnis von den Eltern verlangt werden kann über die Krankheit ihres Kindes.

Ob.-Reg.-Rat Neumüller: Der Lehrer ist verpflichtet, ein Zeugnis zu verlangen und das Kind bei übertragbaren Krankheiten vom Unterricht fernzuhalten; aber es ist keine Strafe vorgesehen. Der Lehrer kann das Kind auch nach Hause schicken.

Kreisschulinspektor Schulrat Mitzenius-Büren: Wenn auch in abgelegenen Orten einmal die ärztliche Untersuchung etwas länger hinausgeschoben wird, so ist es doch für die anderen Fälle sehr notwendig, an dieser Forderung festzuhalten.

Kreisarzt Dr. Loer-Büren meint, daß eine Verfügung bestehe, wonach ein Kind für die Zeit einer Erkrankung an Hautausschlägen und unreinem Kopfe aus der Schule entlassen werden könne; diese genüge jedoch nicht für den Fall, daß das Kind länger fortbleibt; hier müßte eine ärztliche Bescheinigung verlangt werden.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries: Jedenfalls ist es erwünscht, daß ein Kind ausgeschlossen und erforderlichenfalls für seine Wiederzualssung eine ärztliche Bescheinigung verlangt werden kann.

Zu der hierauf von dem H. Regierungspräsidenten angeregten Besprechung der Kostenfrage teilt Kreisarzt Dr. Loer mit, daß in Büren für je 100 Schulkinder 20 M. bezahlt werden, so daß auf 1 untersuchtes Kind etwa 40—50 Pfg. entfallen.

Landrat Dr. Beckhaus-Bielefeld: In Gadderbaum werden für ein untersuchtes Kind 50 Pf. bezahlt. Der Landkreis Bielefeld würde bei 30000 Kindern 6000 M. ohne Reisekosten zu tragen haben.

Med.-Rat Dr. Nünninghoff: In der Stadt Bielefeld werden für 100 Schulkinder 25 M. gezahlt. Das Messen und Wägen ist fortgefallen wegen der zu großen Belastung der Lehrer. Jetzt werden die Schulanfänger 1 mal, die Ueberwachungsschüler 2 mal im Jahre untersucht.

Kreisarzt Dr. Angenete-Lübbecke: Im Kreise Lübbecke ist die Schularztfrage z. T. ähnlich wie im Landkreise Bielefeld geregelt; es werden auch nur Schulanfänger und die zu entlassenden Kinder untersucht. Das ärztliche Honorar beträgt 50 Pf. für das untersuchte Kind.

Kreisarzt Dr. Liedig-Paderborn: Bei der Einführung des Schularztdienstes müssen zunächst alle vorhandenen Schulkinder untersucht und die Eltern zu diesen Terminen eingeladen werden. Wegen der Berufswahl sind die zur Entlassung kommenden Kinder schon 1 Jahr vor dem Termin zu untersuchen; es hält sonst zu schwer, sie von ungeeignetem Berufe fernzuhalten. Die Feststellung der Maße und des Gewichtes ist bei der ersten Untersuchung sehr wichtig und notwendig. Der Allgemeineindruck des Kindes kann ein günstiger sein und wird oft erst durch die festgestellten Gewichte und Maße, besonders durch ihr gegenseitiges Verhältnis fraglich. Die meisten Lehrer haben in seinem früheren Kreise Lingen in bereitwilliger Weise die Vorarbeit übernommen. Der Schularzt darf und soll sich auch um die Hygiene des Unterrichts kümmern, besonders des Turnens; ihm können auch die Turnbefreiungszeugnisse anderer Aerzte vorgelegt werden. Im Sinne der Tuberkulosebekämpfung muß der Schularzt die Auswahl der bedürftigen Kinder für Badekuren treffen. Für Vorträge in ländlichen Kreisen kommen besonders auch die landwirtschaftlichen Winterschulen in Betracht; Redner hat in Lingen wöchentlich 1 Stunde Gesundheitslehre vorgetragen, der die betreffenden Schüler ziemlich großes

Interesse entgegenbrachten. Besonders sind die Lehrerbildungsanstalten die Stätte für Unterricht in der Schulgesundheitspflege, zumal aus ihnen die Mitarbeiter der Schulärzte erwachsen.

Kreisschulinspektor Mitzenius: Es sollten für die Schullesebücher hygienische Merkblätter verfaßt werden.

Kreisschulinspektor Wellhausen-Herford fragt an, ob der Schulleiter die Beibringung eines amtsärztlichen Zeugnisses in zweifelhaften Fällen verlangen kann.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund bejaht diese Frage.

Ob.-Reg.-Rat Neumüller bemerkt, daß für den Zweck des schulärztlichen Dienstes auch die aus den Zuschüssen des Staates gewährten Mittel verwendbar sind.

Geh. Reg.- u. Schulrat Robels-Minden fragt an, ob nicht eine etwaige ärztliche Behandlung der Kinder durch den Schularzt von anderen Aerzten als unberechtigte Konkurrenz angesehen werden könnte.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries und Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund betonen beide, daß dies nicht zu befürchten sei, da ja der Schularzt als solcher mit der ärztlichen Behandlung der von ihm festgestellten Leiden nichts zu tun habe.

Geh. Reg.- u. Schulrat Robels bemängelt, daß verhältnismäßig viele Kinder auf Grund ärztlichen Zeugnisses vom Eintritt in die Schule hätten zurückgestellt werden müssen; die Aerzte scheinen dabei wohl nicht bedacht zu haben, daß ein solches Kind dann nur 7 Jahre zur Schule geht.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund: An der vorerwähnten Zurückstellung sind die Aerzte unschuldig; die Schuld liegt an der geltenden Bestimmung, daß die Kinder schon vor Ablauf des 6. Jahres in die Schule eintreten müssen.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries bemerkt, daß für die Aerzte bei Ausstellung derartiger Bescheinigungen nur der Gesundheitszustand der betreffenden Kinder maßgebend sei, ohne Rücksicht darauf, daß diese schon das 6. Lebensjahr erreicht haben oder nicht. Er faßt dann das Ergebnis der Besprechung dahin zusammen, daß die Einführung des schulärztlichen Dienstes auch auf dem Lande sehr erwünscht ist, daß aber ihrer allgemeinen Durchführung noch Schwierigkeiten besonders wegen der Kosten entgegenstehen; desgleichen stellt er das Einverständnis der Versammlung mit den Leitsätzen im allgemeinen fest. Die Regierung wird versuchen, dasjenige auf diesem Gebiete zu erreichen, was nach Lage der Verhältnisse erreichbar ist.

II. Sauberkeit im Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

a. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Nünninghoff-Bielefeld, behandelt hauptsächlich die Sauberkeit in bezug auf tierische Nahrungs- und Genußmittel (außer Milch, weil hierüber besondere Vorschriften bevorstehen gemäß Min.-Erl. vom 26. Juli 1912) und erörtert zunächst, daß, wie auf vielen anderen Gebieten, so auch auf dem Gebiete des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln in den letzten Jahrzehnten vieles geschehen und als Grundlage die preußische Wochenmarktsordnung vom 9. Februar 1848 anzusehen sei, deren § 37 vorschreibt: „Niemand darf solche Lebensmittel zu Markte bringen, die nach ihrer Beschaffenheit der Gesundheit nachteilig werden können. Dahin sind u. a. zu rechnen abgestandene alte Fische, in Fäulnis übergegangenes Fleisch, verdorbene Butter, unreife Kartoffeln usw. Finden sich dergleichen auch nur verdächtige Nahrungsmittel vor, so ist deren Verkauf sofort einzustellen, es erfolgt ihre Beschlagnahme und Untersuchung.“ Der § 39 schreibe Konfiskation und Bestrafung vor bei absichtlicher Verfälschung der Lebensmittel, wohin jede zu Maß- oder Gewichtsvermehrung dienende Vermischung mit schädlichen oder unschädlichen Stoffen, z. B. Wasser zu Milch und Butter gehöre. Auf dieser Grundlage sei auch das Reichsgesetz vom 14. Mai 1879 über den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln pp. aufgebaut.

Die hygienischen Forderungen betreffs der Ernährung des Menschen um-

fassen aber nach des Berichterstatters näheren Ausführungen außer Fälschungen und Verkauf minderwertiger und verdorbener Waren auch noch die Unsauberkeit, die sich nicht selten in dem gesamten Nahrungsmittelverkehr zeigt. Die Unsauberkeit erweckt nicht blos Abscheu und Ekel, sondern hat auch unmittelbare Gesundheitsschädigungen zur Folge, zumal bei nachlässigem Betriebe oder bei empfindlichen Personen (Kinder, alte Leute, Kranke). Außer fauliger Zersetzung und sonstigen Veränderungen durch langes Lagern usw. kommen besonders Krankheitskeime in Frage, die nachlässige Menschen an die Nahrungsmittel bringen.

Milch und Wasser gelten bis in die letzte Zeit noch als besonders gefährliche Träger solcher Krankheitserreger, zumal des Typhus. Der Reinlichkeitssinn der Dauerausscheider ist umgekehrt proportional zu ihrer Gefahr für andere, wie zahlreiche Beobachtungen in Molkereien, Schlachtereien, Irrenanstalten usw., wo solche Dauerausscheider beschäftigt waren, gezeigt haben.

Die Forderung der Sauberkeit im Nahrungsmittelverkehr findet sich zuerst angedeutet 1886 in der Markthallenordnung von Berlin; auch die Vorschriften über Bau- und Einrichtung von Schlächtereien verlangen deren Sauberkeit. Späterhin sind dann in größeren Städten Polizeiverordnungen über Sauberkeit im Nahrungsmittelverkehr erlassen; im hiesigen Bezirk hat eine Verfügung des Reg.-Präsidenten vom 29. April 1904 auf verschiedene Gesichtspunkte für eine solche Verordnung hingewiesen, die in mehreren örtlichen Polizeiverordnungen des Bezirks (z. B. in Minden, Polizeiverordnung vom 5. März 1911) Berücksichtigung gefunden haben. Für den Bezirk Trier ist unter dem 4. November 1905 eine Polizeiverordnung über Verkehr mit Nahrungsmitteln erlassen, nachdem schon vorher eine gleiche Verordnung über den Verkehr mit Fleischwaren unter dem 6. August 1904 erlassen war. Recht zweckmäßig ist auch die vor kurzem für den ganzen Regierungsbezirk Düsseldorf ergangene Polizeiverordnung vom 2. April 1912 über den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln, die in vielen Punkten mit einem Entwurf der preußischen Schlachthoftierärzte für eine derartige Polizeiverordnung übereinstimmt. Daß auch das Land (und die kleineren Städte) derartige Verordnungen sehr nötig haben, beweisen die zahlreichen Mißstände, die bei Besichtigungen von Geschäften usw. sehr häufig festgestellt werden. Herstellungs-, Lager- und Verkaufsräume zeigen viele Mängel gerade in kleinen Verhältnissen mit den niedrigen, dumpfen Stuben und Kellern, deren Boden undicht, deren Decken und Wände schecht verputzt sind. Wohn- und Schlaf-, selbst Krankenräume dienen zugleich dem Geschäftsbetriebe. Dazu kommen die Verunreinigungen durch die Unsitte vieler Menschen, auf den Boden zu spucken, die Waren hin und her zu betasten; Hunde und Katzen tun das ihrige. Die kleinen Kinder des Händlers bewegen sich in dem Raume, die Mutter putzt ihnen Nase oder Hände mit ihrer Hand und bedient sogleich den Käufer, oder sie versieht gleichzeitig das Geschäft und das an übertragbarer Krankheit daliegende Kind. Reines Waschwasser und saubere Handtücher werden als höchst überflüssige Gegenstände betrachtet; ein sogenannter „feiner" Laden allein tut es auch nicht, erst der Betrieb kann ihn zu einen „reinen" machen. Ebenso geht es auch mit sonst gut verwalteten Schlachthäusern (Kleidung und zumal Schürzen der Schlächter, Wasserbehälter usw.). Und wie sieht es manchmal in Wurstküchen aus, in Kühlschränken usw.? Die vollbesetzten Büffetts in Restaurants und dergl. haben oft keinen Staubschutz, ziehen den Tabakrauch der Gäste ein usw. Wie oft sieht man noch jetzt, daß auf dem Wochenmarkte Butterproben mit Haarnadeln, schmutzigem Messer oder wohl gar mit den Fingernägeln entnommen werden.

Abhilfe gegen alle diese Mißstände kann nur durch Erziehung und genügende Belehrung des Publikums, der Hersteller, der Händler und Käufer erreicht werden. Manche Unsitte ist schon durch Selbsterziehung des Publikums geschwunden oder eingedämmt. Elternhaus und Schule müssen die Jugend hierin erziehen; dazu bedürfen aber auch die angehenden Lehrer hygienischen Unterrichts, damit die Jugend Verständnis gewinnt für alle sanitären Einrichtungen. Trotz aller Belehrungen wird man aber nicht ohne Polizeiverordnungen und ausgiebige Beaufsichtigung der Geschäfte unter Mitwirkung der Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten und der Gesundheitsbeamten auskommen.

b. Der zweite Berichterstatter, Dr. Treue, Direktor des städtischen Untersuchungsamtes in Bielefeld, behandelte hauptsächlich die Sauberkeit im Verkehr mit pflanzlichen Nahrungs- und Genußmitteln.

Nach Erörterung für alle Gewerbe gemeinsamer Fragen (Einrichtung der Räume, Reinheit der Geräte, Sauberkeit der Hersteller und Verkäufer, Unsauberkeit als Ursache übertragbarer Krankheiten) führt er aus seinen reichen praktischen Erfahrungen eine Anzahl besonderer Fälle bei den einzelnen Gruppen an, um an solchen Beispielen zu zeigen, wie weit wir noch von „Sauberkeit im Verkehr mit Nahrungsmitteln“ entfernt sind, und wo wir noch Gesetze und Verordnungen auf diesem Gebiete nötig haben.

Nahrungs- und Genußmittel können durch Metalle, Mineralien, organische Stoffe, durch große, kleine und kleinste Lebewesen, Schimmel-, Hefepilze, Bakterien und deren Stoffwechselprodukte verunreinigt, minderwertig, unappetitlich, verdorben und gesundheitschädlich gemacht werden. Alle diese Veränderungen sind als Unsauberkeiten zu erachten. Denselben Verunreinigungen wie die tierischen Fette sind auch die Fette und Oele aus dem Pflanzenreich ausgesetzt. Unter dem Einfluß von Licht und Luft werden die Oele oxydiert, setzen braune Krusten ab und werden ranzig. Oelbehälter mit Hähnen aus Kupfer oder Messing, deren Kupfer durch die freien Fettsäuren gelöst wird, setzen an den Hähnen grüne Kupfersei en ab, die sich den Oelen beimischen können.

In bezug auf die Margarine- und Kunstspeisefettfabriken sind die gleichen Forderungen zu stellen wie bei den Molkereien. Im allgemeinen zeigen sich allerdings grade diese Fabriken selbst bei unvermuteten Revisionen recht sauber; vorbildlich für andere Betriebe ist auch die Verpackung der Margarine (Pergamentpapier und Pappkarton), die freilich nicht hindert, daß der Inhalt hin und wieder mit Schimmel bedeckt und ranzig gefunden wird, besonders wenn bei der Herstellung unsauber verfahren, schlechtes Wasser, sirup- oder glyzerinhaltiges Pergamentpapier benutzt sind.

Von der Art der Ernte, Reinigung und Verarbeitung der Getreide- und Hülsenfrüchte ist die Beschaffenheit der Mehle und Backwaren abhängig. Nicht immer werden trotz der hochentwickelten Technik die vielen Beimischungen zum Getreide entfernt. In feuchten Räumen aufbewahrtes Getreide und Mehl liefern fadenziehendes Brot durch die Entwicklung des Kartoffelbacillus; der Bacillus prodigiosus bildet roten Farbstoff („blutende Hostie“). Das rein gelieferte Mehl ist außerdem in den Kleinhandlungen vielen Verunreinigungen ausgesetzt: es nimmt fremde und üble Gerüche leicht an; die Mehlmotte findet sich nicht selten.

Die Mißstände in den Bäckereien hat zwar teilweise die Oberpräsidialverordnung vom 15. November 1907 beseitigt; erwünscht ist jedoch eine Ergänzung dahin, daß kein Ungeziefermittel in Bäckereien ausgestreut wird, und daß Tiere — zumal Katzen, die sich gern auf die Mehlsäcke legen — nicht gehalten werden dürfen. Das Abfallmehl, das am Boden zusammengekehrt wird, mit Sand, Auswurf, tierischen Exkrementen verunreinigt ist, wird häufig zum Bestreuen der Backtröge und Schüsseln benutzt. Das Verarbeiten selbst unverdorbener alter Brot- und Semmelreste ist nach Reichsgerichtsentscheidung vom 10. Januar 1890 eine Verfälschung, geschieht aber trotzdem noch immer. Backwaren sollten in Konditoreien und Cafés nicht in den Räumen aufgestellt werden, wo geraucht wird. Gerade die Backwaren sind bis zum Verbraucher vielen Verunreinigungen ausgesetzt: im Laden des Kleinhändlers durch unsaubere Unterlagen, Betasten durch den Käufer und Verkäufer, beim Austragen durch die Hände des Austrägers, unsaubere Kleidung und unsaubere Körbe usw. Auch wenn das Brot ausgefahren wird, liegt es meist unverpackt und wird so abgeliefert, obwohl es schon seit Jahren sehr billige und praktische Umhüllungen gibt. Auch für andere Nahrungsmittel müssen die Umhüllungen ungebraucht, rein, trocken und fettfrei, unbeschrieben und unbedruckt sein, dürfen nicht abfärben, keine schädlichen Stoffe enthalten, Düten nicht aufgeblasen werden. Zu beanstanden sind auch die mangelhaften Zugaben für Kinder: mit Spinngeweben bedeckte Kakes, feuchte oder mit Schimmelpilzen bedeckte Zuckerwaren und Schokoladen.

Nachdem Berichterstatter dann die hauptsächlich vorkommenden Verunreinigungen von Honig, Gewürzen, Gemüsen, Obst, Obstsäften, Konserven, alkoholischen Getränken usw. besprochen hat, hebt er hervor, daß leider das Nahrungsmittelgesetz nur die Besichtigung und Probeentnahme der Nahrungsmittel in den Verkaufsräumen gestattet, in den Herstellungs- und Aufbewahrungsräumen aber erst dann, wenn der Besitzer zu Freiheitsstrafen auf Grund dieses Gesetzes verurteilt ist. Geldstrafen berechtigen dazu nicht. Eine Verbesserung dieser Bestimmungen ist allerdings möglich durch § 4 a. a. O, wonach weitergehende landesrechtliche Bestimmungen nicht betroffen werden. Diese sind infolgedessen auch vielfach durch Polizeiverordnungen erlassen, z. B. in München (5. Oktober 1906), im Reg.-Bez. Düsseldorf (2. April 1912) usw. Gegen die Heimarbeit in der Nahrungsmittelindustrie sind die größten Bedenken zu erheben; denn da kommt der Gesundheitszustand nicht des einzelnen Arbeiters, sondern seiner ganzen Familie in seiner beschränkten Wohnung in Betracht. Dies gilt auch von der Herstellung von Speiseeis in Heimarbeit, die jedoch den Bestimmungen der Verordnung des Oberpräsidenten von Westfalen vom 15. November 1907 über Bäckereien unterliegt. Die Händler mit Eiswaffeln usw. sehen manchmal recht wenig sauber aus, zumal ihre Hände.

Aus allem ergibt sich, daß die Sauberkeit auf diesem Gebiete noch viel zu wünschen übrig läßt. Viele Herstellungs- und Verkaufsstätten werden durch Sachverständige besichtigt, bei anderen fehlt dieses noch. Die „Beunruhigung“ der Hersteller und Händler durch eine strengere Beaufsichtigung, ist nicht unerwünscht, denn sie trägt zur Besserung bei; natürlich darf sie nicht unnötig erfolgen. Daß eine solche Beaufsichtigung keine Schwierigkeiten bietet, zeigt das Beispiel von Bayern. Die größte Sauberkeit in den Fabriken und sonstigen Herstellungsorten nützt jedoch nichts, wenn in den kleinen Handlungen Ordnung und Sauberkeit fehlen, so daß die Waren verderben. Der Versuch, durch Belehrung mittelst eines Merkblattes Besserung zu schaffen, hat in Bielefeld, wo allen Kleinhändlern ein solches Merkblatt zugestellt ist, nicht viel genützt.

Mehrere Polizeibehörden lassen die Entnahme der Untersuchungsproben durch das Nahrungsmittel-Untersuchungsamt machen, meist geschieht dies aber durch Polizeibeamte, denen in der Regel das nötige Verständnis für diese Aufgabe fehlt.

Bis jetzt sind gesetzliche Bestimmungen, die auch das Verderbenlassen von Nahrungsmitteln und Unsauberkeit im Verkehr bestrafen, nicht gegeben; das Nahrungsmittelgesetz kennt nur Strafen gegen das Feilhalten und den Verkauf. Zur Vorbeugung vieler Unsauberkeiten ist also eine Polizeiverordnung nötig; kommen doch sehr oft in den kleinen Läden (wie im Milchhandel) Personen in Frage, welche keine Ahnung von Reinlichkeit haben und sie weder in ihrem Hauswesen, noch an ihrer Person üben.

Zu wünschen ist, daß jeder Handel mit Nahrungsmitteln, zumal auch mit Milch, nicht nur anzumelden, sondern auch erst nach Erfüllung der gemachten Bedingungen zu genehmigen ist, und daß diese Genehmigung zurückgenommen werden kann.

Die von den Berichterstattern aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

A. Sauberkeit im Verkehr mit tierischen Nahrungs- und Genußmitteln[1])

Berichterstatter: Med.-Rat Kreisarzt Dr. Nünninghoff-Bielefeld:

A. Im allgemeinen.

I. Wenngleich auch auf allen hygienischen Gebieten in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte zu verzeichnen sind, so läßt sich dies nicht betreffs

[1]) Mit Ausnahme der Milch, da die Regelung ihres Verkehrs durch besondere, dem Min.-Erl. vom 26. Juli 1912 entsprechende Vorschriften beabsichtigt ist.

des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln behaupten. Hier fehlt es noch vielfach an der erforderlichen Sauberkeit und zwar namentlich bei der Gewinnung von Fleisch, Fleischwaren, Fleischkonserven, Milch, Butter, Käse, Speisefetten, Eiern, Fischen, Fischwaren und Fischkonserven, sowie bei ihrem Vertriebe in den Verkaufsstellen, Wirtshäuser- usw. Küchen.

II. Durch die Unsauberkeit werden die Nahrungsmittel nicht allein unappetitlich, sondern es können dadurch auch Gesundheitsbeschädigungen verursacht und übertragbare Krankheiten verbreitet werden.

III. Abhülfe kann hiergegen geschaffen werden:

a) durch eine bessere Erziehung des Publikums zur größeren Reinlichkeit und Sauberkeit im allgemeinen, und zwar:
  1. in den Schulen durch geeignete Belehrung, durch Errichtung von Koch- und Haushaltungsschulen usw.;
  2. durch Errichtung von Brausebädern, Badeanstalten usw., um dem Publikum mehr Gelegenheit zu geben, seinem Reinlichkeitsbedürfnis Rechnung zu tragen;
  3. durch Belehrung des Publikums durch Wort und Schrift;

b) durch Erlaß von Polizeiverordnungen, in denen
  1. Bedingungen für die Konzessionserteilung der einzelnen Geschäftsbetriebe festgelegt und
  2. für den öffentlichen Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln die größtmöglichste Sauberkeit und Ordnung verlangt sowie Verstöße gegen diese mit Strafe belegt werden;

c) durch Vermehrung der Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten und Durchführung einer strengeren Kontrolle aller für den Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln in Betracht kommenden Räumlichkeiten, also aller Metzgerläden, Wurstküchen, Pökelräume, Kolonial- und Delikatessengeschäfte, Speisewirtschaften, Hotelküchen usw.

B. Im besonderen.

Zu III b 1 und 2:

a. Vorschläge zu einer Polizeiverordnung, betr. die Errichtung von Verkaufsstellen usw.

1. Die für die Herstellung, Aufbewahrung und den Verkauf von Nahrungs- und Genußmitteln bestimmten Räume müssen gut belichtet, geruchlos, luftig und direkt ins Freie lüftbar und so eingerichtet sein, daß eine gleichmäßige Temperatur in den verschiedenen Jahreszeiten in ihnen herrscht;
2. die Wände dieser Räume müssen glatt und abwaschbar, der Fußboden eben, fest und wasserdicht sowie leicht zu reinigen sein;
3. die Räume dürfen nicht als Wasch-, Wohn-, Schlaf- oder Krankenräume dienen und weder mit diesen, noch mit Aborten, Stallungen durch Türen, Fenster oder sonstige Wandöffnungen in Verbindung stehen. Sie sollen sich außerdem nicht in unmittelbarer Nähe von Düngerstätten und Jauchegruben u. dergl. befinden. Auch die zwischen den einzelnen Räumlichkeiten liegenden Hausflure, Hofräume, Dielen usw. müssen stets in reinlichem Zustande gehalten werden.

b. Vorschläge zu einer Polizeiverordnung, betr. den Verkehr mit Nahrungs- und Genussmitteln im besonderen.

1. Die zur Herstellung, Aufbewahrung und zum Verkauf von Nahrungs- und Genußmitteln dienenden Räume müssen täglich mindestens einmal gründlich gelüftet, deren Fußboden täglich einmal feucht aufgewischt und wöchentlich einmal gescheuert werden. Während des Ausfegens und Reinigens sind die Nahrungsmittel, soweit sie noch nicht zugedeckt sind, zu bedecken.

2. Tische, Schiebladen, Gefäße, Körbe, Tücher usw., die

mit Nahrungs- und Genußmitteln in Berührung kommen, müssen peinlich sauber sein.

3. In jedem Verkaufs- und Herstellungsraume ist ein geschlossener, mit etwas Wasser gefüllter Spucknapf mit trichterförmiger Oeffnung aufzustellen, der nicht umgestoßen werden kann und täglich gereinigt werden muß. Das Ausspeien auf den Fußboden ist verboten.

4. Hunde, Katzen und sonstige Tiere dürfen in Räume, in denen Nahrungs- und Genußmittel zubereitet, aufbewahrt oder feilgehalten werden, weder mitgebracht, noch dort gehalten und geduldet werden.

5. Die mit der Zubereitung, dem Ausmessen, Auswägen, dem Verkauf und der Beförderung von Nahrungs- und Genußmitteln beschäftigten Personen müssen reinlich gekleidet sein und dürfen weder mit übertragbaren oder ekelerregenden Krankheiten, mit Wunden im Gesicht und an den Händen behaftet sein, noch an übertragbaren Krankheiten leidende Personen pflegen. An solchen Krankheiten leidende Personen sind gemäß den geltenden Reichs- und Landesseuchengesetzen baldmöglichst aus der Wohnung zu entfernen und in ein Krankenhaus überzuführen.

6. Von der Zubereitung, dem Ausmessen, Auswägen, dem Verkauf oder der Beförderung von Nahrungs- und Genußmitteln sind auch solche Personen auszuschließen, die als Lumpen-, Knochen- und Althändler, Hundefänger, Hundescherer, Abdecker, im Sanitätsdienste, Leichenbestattungsdienste oder in einem ähnlichen Berufe tätig sind.

7. Das bedienende Personal hat für die größte Sauberkeit an sich (Fingernägel), seiner Kleidung und Wäsche Sorge zu tragen, Hände und Arme sowohl vor Beginn der Tätigkeit, als nach jeder Benutzung der Bedürfnisanstalt während der Tätigkeit mit reinem Wasser, Seife und reinem Handtuch zu waschen. In jedem Herstellungs- und Verkaufsraum ist deshalb eine Wascheinrichtung mit reinem Wasser in ausreichender Menge, mit Seife und einem reinen Handtuch bereit zu halten.

8. Den mit der Zubereitung usw. von Nahrungs- und Genußmitteln beschäftigten Personen ist das Rauchen, Schnupfen und Tabakkauen sowie das Zahnstochern, das Kratzen mit den Händen, das Schneuzen der Nase mit den Fingern, das Belecken der Fingerspitzen zur Aufnahme des Einwickelpapiers verboten.

9. Nahrungs- und Genußmittel dürfen nicht in gesundheitsgefährdender oder ekelerregender Weise zubereitet, aufbewahrt, ausgemessen, ausgewogen oder befördert werden. Es ist verboten, verdorbene, ekelerregende oder sonstwie zum Genusse ungeeignete Nahrungsmittel in den zur Herstellung, Aufbewahrung und zum Feilhalten von Nahrungs- und Genußmitteln dienenden Räumen aufzubewahren.

10. Waren, die nicht zum menschlichen Genusse dienen, müssen von Nahrungs- und Genußmitteln derart getrennt werden, daß deren Verunreinigung durch sie nicht erfolgen knan. Ebenso müssen auch stärker riechende Nahrungs- und Genußmittel, wie Käse, Heringe usw. getrennt von anderen Nahrungsmitteln, die leicht Riechstoffe annehmen, und in dicht schließenden Behältern aufbewahrt werden.

11. Nahrungs- und Genußmittel, die nicht ihrer Natur nach oder durch die Art ihrer Verpackung gegen Staub und andere Verunreinigungen geschützt sind, dürfen im Freien nur in geschlossenen Behältern oder sonstwie vor der Einwirkung der Sonne und der Witterung geschützt ausgelegt, gelagert oder befördert werden; bei ihrer Auslage usw. müssen sie außerdem mindestens 70 cm vom Erdboden entfernt bleiben.

12. Für jede Art von Nahrungsmitteln müssen besondere Geräte vorhanden sein und benutzt werden.

Sämtliche Geräte, die mit Nahrungsmitteln in Berührung kommen, sind außen und innen stets reinlich zu halten. Die zum Verschlusse von Flaschen und Gefäßen benutzten Korke müssen stets neu und frisch sein; schadhafte, hartgewordene oder schmutzige Gummiringe dürfen nicht weiter benutzt werden.

13. Es ist verboten, die zum Verkehr fertig gestellten Nahrungs- und Genußmittel mit Fingern, Löffeln, Geldstücken, Haarnadeln u. dergl. zum Zwecke der Kostprobe zu berühren; auch die Verkäufer haben die Berührung der Waren mit den Händen zu vermeiden.

14. Zum Aufbewahren, Abwägen und Verpacken von Nahrungs- und Genußmitteln ist nur reines, unbeschriebenes, vorher zu keinem Zwecke gebrauchtes, nicht abfärbendes Papier zu benutzen. Nahrungsmittel, insbesondere Fleisch und Fleischwaren, Butter, Käse, Fette usw. dürfen nicht ohne Umhüllung abgegeben und über die Straße getragen werden.

15. Fleisch und Fleischwaren sind frei und luftig aufzuhängen bezw. aufzubewahren, so daß sich die einzelnen Stücke nicht berühren. Größere Stücke Fleisch, Schinken, Würste usw. sind durch Umhüllen mit weißleinenen Beuteln zu schützen, Fleisch- und Wurstwaren im Anschnitt unter Drahtkörben, Käse unter Glasglockezu lagern.

16. Hackfleisch darf während der wärmeren Jahreszeit nicht vorrätig gehalten werden; auch ist es nicht gestattet, das am Tage vorher hergestellte Hackfleisch aufzubewahren, feilzuhalten, zu verkaufen oder sonstwie zu verwerten.

17. Es ist verboten, Milchgefäße auf Straßenplätzen, Bürgersteigen und in Hauseingängen unverschlossen hinzustellen. Die Meßgefäße dürfen nicht auf die Erde gestellt oder unbeaufsichtigt an das Gefäß gehängt werden. Das Befördern der Milch hat nur in eigens hierzu hergestellten Beförderungsmitteln, die zu anderen Zwecken nicht benutzt werden dürfen, zu geschehen.

18. Zum Kühlen von Nahrungs- und Genußmitteln, z. B. von Fleisch, Geflügel, Fischen, ist nur Kunsteis oder nachweislich einwandfreies Natureis zu verwenden.

Eisschränke müssen von Zeit zu Zeit mit Soda und heißem Wasser sorgfältig ausgescheuert werden.

B. Sauberkeit im Verkehr mit pflanzlichen Nahrungs- und Genußmitteln.

Berichterstatter: Dr. Treue, Direktor des städt. Untersuchungsamts in Bielefeld:

Zur Hebung der Sauberkeit im Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln wird empfohlen:

1. Die Nahrungsmittelkontrolle einschließlich Probeentnahme nur Sachverständigen und nicht Polizeibeamten zu übertragen.

2. Die Befugnis zu Besichtigungen und Probeentnahmen auf die Räume auszudehnen, in denen Nahrungs- und Genußmittel hergestellt, verarbeitet, aufbewahrt oder verpackt werden.

3. Der Erlaß einer Bezirks-Polizeiverordnung betr. den Verkehr mit Nahrungsmitteln.

Diskussion:

Reg.-Präsident Dr. v. Borries bemerkt zunächst, daß die vorhandenen drei Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalten für den hiesigen Bezirk wohl genügen dürften; er fragt dann nach den Kosten, welche die Probeentnahme durch Beauftragte der Untersuchungsämter verursacht.

Landrat Dr. Beckhaus-Bielefeld: Der Kreis hat die Reisekosten übernommen, sie sind nicht hoch; ebenso ist es im Kreise Halle.

Dr. Schreiber, Vorsteher des Untersuchungsamtes in Paderborn: Der Kreis Höxter zahlt jährlich 100 M.

Dr. Murtfeldt, Vorsteher des Untersuchungsamtes in Minden: Die Kosten sind nicht hoch, da sich die Reisen mit den Revisionen der Margarinefabriken und anderen Besichtigungen verbinden lassen.

Dr. Treue, Vorsteher des Untersuchungsamtes Bielefeld: Der Kreis Wiedenbrück hat dafür 4—500 M. zu zahlen, Kreis Halle 220 M.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund: Schon seit 1901 schwebt im hiesigen Regierungsbezirk die Frage, ob behufs größerer Sauberkeit im Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln eine Polizeiverordnung angezeigt sei. Man hat es zunächst mit Belehrung versucht; der Erfolg ist aber bisher gering gewesen. In einigen Städten sind dann Polizeiverordnungen erlassen, die sich bewährt haben sollen. Sie müssen sich aber nicht nur auf die Sauberkeit beim Feilhalten und beim Verkauf der Nahrungs- und Genußmittel erstrecken, sondern auch auf die Sauberkeit in den Zubereitungsstellen. Schwierig ist allerdings die Durchführung einer derartigen Verordnung. Unter sachgemäßer Mitwirkung der Untersuchungsämter und Medizinalbeamten wird es aber den Polizeibeamten gelingen, für die Beachtung der gegebenen Vorschriften zu sorgen, besonders wenn die mit der Beaufsichtigung des Nahrungsmittelverkehrs beauftragten Beamten dazu besonders angeleitet und vorgebildet sind. Für die praktische Handhabung ist es außerdem erwünscht, wenn alle auf dem Gebiete des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln bestehenden Vorschriften in einer Verordnung zusammengefaßt würden, wie dies z. B. in Bayern vielfach geschehen ist.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries: Die Beaufsichtigung der Ausführung ist schon schwer in den Städten, auf dem Lande aber noch viel mehr.

Geh. Reg.-Rat Häckermann hat auch Bedenken wegen der Ausführung.

Dr. Treue erkennt die Schwierigkeiten an; aber außer Belehrung muß unbedingt noch eine andere gesetzliche Handhabe gegeben sein, wenn man auf Erfolg rechnen will.

Landrat Dr. Beckhaus: An die kleinen Händler würden dann voraussichtlich sehr große, von ihnen nicht zu erfüllende Anforderungen gestellt werden.

Ob.-Reg.-Rat v. Borstell empfiehlt, die zu erlassenden polizeilichen Vorschriften vorerst auf größere Orte zu beschränken; hierzu könnten die von dem ersten Berichterstatter gemachten Vorschläge als Muster dienen und den örtlichen Verhältnissen angepaßt werden.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund: Auch die Landräte und städtischen Behörden haben sich bei der Umfrage im Jahre 1904 dahin ausgesprochen, daß man einzelnen Polizeibehörden den Erlaß von Verordnungen anheimgeben und sich im übrigen auf Belehrungen beschränken solle. Zweckmäßiger dürfte aber doch eine Polizeiverordnung für den ganzen Bezirk sein, damit nach einheitlichen Grundsätzen verfahren würde. Eine Vermehrung der Untersuchungsanstalten, wie sie vom ersten Berichterstatter gefordert werde (s. Leitsätze A III c), sei jedenfalls im hiesigen Bezirk nicht nötig, sondern nur eine „ausgiebigere Mitwirkung“ dieser Anstalten; es sei deshalb besser, diese Worte anstelle des Wortes „Vermehrung“ einzufügen.

Reg.-Präsident Dr. v. Borries will nochmals die Verwaltungsbehörden hören.

Nach **Schluß** der Tagesordnung blieben die meisten Teilnehmer zu einem gemeinschaftlichen Mittagessen in der Ressource zusammen.

Dr. Liedig-Paderborn.

Bericht über die 75. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 14. Dezember 1912 in Düsseldorf.

Anwesend unter dem Vorsitze des Herrn Geh. Med.-Rats Dr. Borntraeger sind sämtliche 22 Kreisärzte, 1 Gerichtsarzt, die Stadtassistenzärzte von Barmen, Duisburg und Düsseldorf, der Leiter und der Assistent des Medizinal-Untersuchungsamtes in Düsseldorf, die Kreiskommunalärzte in Vohwinkel und Lennep sowie 3 Stadtschulärzte von Essen, im ganzen 37 Herren.

I. Nach Begrüßung der Versammlung durch den Vorsitzenden hielt der Stadt- und Schularzt Dr. Gentzen-Essen a. Ruhr einen Vortrag

über **Alkoholfürsorgestellen,** der in der heutigen Nummer dieser Zeitschrift (s. S. 377) abgedruckt ist.

Diskussion:

Stadtassistenzarzt Dr. Klarholt-Barmen glaubt die vorzüglichen Erfolge der Königsberger Fürsorgestelle besonders auf die gute Organisation zurückführen zu müssen. Es ist ein großer Vorteil, daß die Trinker nicht in der Fürsorgestelle selbst, sondern im Amtszimmer des Gerichtsarztes untersucht werden, was nicht ohne Eindruck auf den Trinker selbst, als auch auf seine Kameraden bleibt. Von besonderem Vorteil ist das Hand in Handarbeiten mit der Polizei, die in jeder Beziehung die Arbeit der Fürsorgestelle unterstützt und auch vor energischen Schritten nicht zurückscheut. Erwähnenswert ist auch das Entgegenkommen der städtischen Armenverwaltung bei der Beaufsichtigung der entmündigten Trinker. Wenn ein solcher einen Exzeß begangen hat, so kann ihn der Vormund sofort in das städtische Armenhaus überführen lassen und dort interniert halten. Ein solches rasches Eingreifen wirkt entschieden abschreckend. Die im Armenhaus befindlichen Trinker werden mit Arbeiten beschäftigt und dafür bezahlt; auf diese Weise können sie auch etwas sparen. Gerade bei den im Armenhause festgehaltenen Trinkern sind sehr schöne Erfolge erzielt. Zu bedauern ist es, daß die Landesversicherungsanstalt Ostpreußen wenig geneigt ist, Heilverfahren für Trinker zu bewilligen. — Wie dem Redner von in Barmen an der Fürsorge beteiligten Herren gesagt wurde, soll sich hier eine derart energische Mitwirkung der Polizei nicht durchführen lassen; es seien aber auch so recht gute Erfolge erzielt. Wenn es auch wünschenswert ist, daß auf gütlichem Wege eine Besserung der Trinker erreicht wird, als durch Anwendung energischer Mittel, so dürfte man doch bei einem großen Teil der in Betracht kommenden Individuen nicht ohne sie auskommen.

Kreiskommunalarzt Dr. Neumann-Vohwinkel: Alkoholfürsorgestellen können nur etwas leisten, wenn sie mit Abstinenzvereinigungen — Guttemplerorden, Blaues Kreuz, Kreuzbündnis, abstinenter Arbeiterverein — ständig zusammenarbeiten; es hat daher keinen Zweck, Alkoholfürsorgestellen zu gründen, wo derartige Vereine nicht bestehen. Alkoholfürsorgestellen müssen derartige Vereine in jeder Weise unterstützen, vor allem auch dafür mitsorgen, daß diesen Vereinen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, wo deren Mitglieder verkehren können, ohne der Versuchung, alkoholische Getränke zu genießen, ausgesetzt zu sein. Es empfiehlt sich deshalb die Gründung alkoholfreier Gasthäuser, am besten in Verbindung mit Ledigenheimen.

Die Krankenanstalten sollten ersucht werden, Deliranten und sonstige Alkoholiker schon vor deren Entlassung aus dem Krankenhause den Alkoholfürsorgestellen zu überweisen; sie sollten auch häufiger in geeigneten Fällen Anträge auf Heilverfahren in einer Trinkerheilanstalt bei der Landesversicherungsanstalt stellen.

Wenn Aerzte die Alkoholfürsorgestellen leiten, so ist es aus psychotherapeutischen Gründen dringend wünschenswert, daß sie selbst abstinent sind.

Der Vorsitzende ist der Meinung, daß man den Medizinalbeamten eine Einwirkung auf die Landesversicherungsanstalten nicht zumuten könne, das sei mehr Sache der Vereine. Auch gibt er zu, daß die Krankenhäuser sehr oft bei der Mitwirkung in der Bekämpfung des Alkoholismus versagten.

Med.-Rat Dr. Kriege-Barmen bedauert, daß die Abstinenten oft zu schroff seien und die Mäßigen nicht für voll ansehen. Er hält es ebenfalls für nötig, daß die entlassenen Trinker auch weiter unter Aufsicht bleiben und fordert die Mitwirkung der Frauen bei der Fürsorge.

Die von Kreisarzt Dr. Gasters-Mülheim-Ruhr gestellte Frage, ob man auch die Mitwirkung der Heilsarmee bei der Trinkerfürsorge wünschen soll, wird von verschiedenen Seiten bejaht.

Der Vorsitzende bringt zur Sprache, daß für Trinker aus den mittleren und besseren Ständen viel schwerer Hilfe geschafft werden könne, als für Arbeiter.

Kreiskommunalarzt Dr. Fels-Lennep erwidert, daß der Guttemplerorden sich um alle Stände kümmere, daß aber seine Tätigkeit in besseren Kreisen deshalb erschwert sei, weil aus diesen noch so wenige sich an alkoholfreien Vereinen beteiligten.

Med.-Rat Dr. Schrakamp-Düsseldorf teilt 8 Fälle von Alkoholismus in den besseren Kreisen mit, in denen es gelang, die betreffenden Herren als gemeingefährliche Geisteskranke in eine Irrenanstalt zu bringen.

Kreisarzt Dr. Gasters-Mülheim-Ruhr berichtet über einen ähnlichen Fall, wo es nur durch eine Art von Ueberfall gelang, den Trinker in die Anstalt, das Kamillushaus bei Werden, zu bringen.

Dr. Gentzen betont in seinem Schlußwort, daß auch die Fürsorgestellen sich um Leute der besseren Stände bekümmerten, z. B. durch Unterstützung zu den Kosten einer Anstaltsbehandlung. Die Fürsorgestellen müßten auch mit dem Gerichte zusammenarbeiten, damit nicht eine Entmündigung zu früh aufgehoben werde. Er hält es ferner für wichtig, daß man stets versucht, auf gütlichem Wege vorwärtszukommen. Daß trotz der kurzen Zeit des Bestehens die Fürsorgestellen Erfolge zu verzeichnen hätten, lehrten die Erfahrungen in Königsberg i. Pr.

II. Kreisarzt Dr. Hofacker-Düsseldorf: **Ein Fall von außergewöhnlich langem Scheintod.** Eine 48jährige Frau, die schon 10 lebende Kinder geboren hatte, wurde im 7. Monat ihrer 16. Schwangerschaft von Drillingen entbunden, ein Kind kam tot zur Welt, die beiden anderen waren sehr elend. 16 Tage nach der Geburt wurde der Arzt hinzugerufen mit der Bestellung, ein Kind sei gestorben; er fand an ihm keine Lebenszeichen, keine Pupillenreaktion, keinen Kornealreflex, keine Atmung und kein Zeichen von Herztätigkeit; dieser Zustand blieb 15 Minuten lang unverändert, der Körper war aufs Aeußerste abgemagert, die Haut grau, welk und trocken. Unter diesen Umständen trug er kein Bedenken, den Tod zu konstatieren. Am nächsten Tage, etwa 22 Stunden später, wurde er wiederum gerufen mit der Angabe, das Kind lebe noch. Tatsächlich fanden sich Zeichen eines äußerst geringen Lebens, nämlich kurze schnappende Atemzüge, die in Zwischenräumen von $^1/_2$—3 Min. erfolgten. Von einer Herztätigkeit konnte allerdings auch eine genaue Auskultation nichts feststellen. Die vermeintliche Leiche hatte in der vergangenen Nacht in einem kalten, von der übrigen Familie nicht benutzten Zimmer, also unter ungünstigen äußeren Verhältnissen gestanden; die geringen Lebenszeichen waren in der Zwischenzeit von keinem bemerkt worden. 2—3 Stunden später, also etwa 25 Stunden nach dem ersten Besuch, konnte nun der unzweifelhafte Tod durch die jetzt erst deutlich aufgetretenen Totenflecke konstatiert werden. Auffallend ist an diesem Falle, wie lange Zeit verging, bis das geringe Lebensfünkchen ganz erloschen war, und ein wie kleiner Reiz genügte, um das Atmungszentrum anzuregen. Die Beobachtung beweist auch, daß unsere Sinne verhältnimäßig grob sind, da sie die offenbar vorhanden gewesene, wenn auch äußerst langsame und geringe Blutbewegung nicht wahrnehmen konnten. In medizinalpolizeilicher Hinsicht drängt sich die Frage auf, ob es bei der ärztlichen Leichenschau genügt, als Zeichen des Todes das Aufhören von Herz- und Atemtätigkeit festzustellen, wie man es in den Todesbescheinigungen oft lesen kann. Diese Frage muß verneint werden; man muß vielmehr fordern, daß bei der Leichenschau die sicheren Zeichen des Todes, Leichenstarre und Totenflecke nachgewiesen werden. Hierzu ist es aber nötig, daß die Leichenbesichtigung nicht zu früh nach dem angeblich eingetretenen Tode vorgenommen wird.

Diskussion:

Geh. Med.-Rat Dr. Racine-Essen und Kreisarzt Dr. Doepner-Düsseldorf berichteten über zwei ähnliche Fälle. In dem einen Falle sollte das scheintote Kind sogar obduziert werden.

Kreisarzt Dr. Wackers-Grevenbroich erwähnte, daß man in Kinderkliniken gerade bei Frühgeburten ein außergewöhnlich langsames Absterben beobachtet habe.

Der Vorsitzende kam auf die Frage zu sprechen, ob es vorkommen

könne, daß Scheintote begraben würden; in Preußen habe man diese Möglichkeit verneint, anderswo aber seien in Leichenhäusern Vorrichtungen getroffen, daß dieses sicher vermieden werde.

III. Med.-Rat Dr. Schrakamp-Düsseldorf berichtete in einem längeren Vortrag, der in dieser Zeitschrift abgedruckt werden soll, über eine **Ruhrendemie im Zufluchtshause in Düsseldorf**, die im vergangenen Sommer und Herbst aufgetreten war.

IV. Med.-Rat Dr. Krause-M.-Gladbach sprach über die auf eine Milch-Infektion zurückzuführende **Typhusepidemie in Rheydt**. Sein Vortrag wird veröffentlicht werden.

Diskussion:

Der Vorsitzende bemerkte, daß die bakteriologischen Untersuchungen oft negativ ausfielen, trotzdem die klinische Untersuchung sicher sei. Dies komme zuweilen bei einer Ueberlastung des Medizinaluntersungsamtes vor; oft sei aber auch das Untersuchungsmaterial ungeeignet. Die mit der Entnahme von Proben beauftragten Desinfektoren sollen deshalb angewiesen werden, nicht nur festen Kot, sondern mehr Schleim zu entnehmen.

Dr. Beintker-Düsseldorf, Leiter des Medizinaluntersuchungsamtes, machte darauf aufmerksam, daß zur bakteriologischen Untersuchung mehr Blut eingesandt werden müßte, als zur Widalschen Reaktion; 10—12 ccm seien nötig.

Kreisarzt Dr. Doepner-Düsseldorf, Hilfsarbeiter bei der Regierung, bedauert schließlich, daß bei Diphtherie vielfach zu wenig Untersuchungen des Rachenschleims vorgenommen würden; diese seien doch wichtig, um zu entscheiden, ob eine Schule geschlossen oder wieder eröffnet werden solle.

Den letzten Punkt der Tagesordnung bildete wie gewöhnlich ein gemeinsames Mittagsmahl. Dr. Hofacker-Düsseldorf.

Bericht über die Kreisversammlung Niederbayern des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Am Samstag, den 13. April 1913 fand in Plattling die Versammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins für Niederbayern statt. Der Vorsitzende, Dr. Schütz, Bezirksarzt in Straubing, begrüßte den als Vertreter der Kreisregierung erschienenen Reg.- und Med.-Rat Dr. Neidhardt und gab den Einlauf bekannt. Als Beratungsgegenstände lagen vor: Herausgabe einer regelmäßig erscheinenden Ergänzung des Gebhardtschen Hilfsbuches, Einreihung der Bezirksärzte in die Gehaltsklasse IX unter Verzicht auf die Gebühren (excl. der Impfgebühren), Qualifikation der Bezirksärzte, Ruhegehalt der Bezirksärzte und Satzungsänderung. Zum Schlusse erstattete Bezirksarzt Dr. Weckerle-Mallersdorf ein eingehendes Referat über die Landesversammlung in Bad Kissingen.

Bericht über die Oberfränkische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Kulmbach 6. April 1913.

Am 6. April 1913, nachmittags 2 Uhr, fand in Kulmbach unter dem Vorsitze des Kgl. Bezirksarztes Dr. Dietsch die Oberfränkische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins statt in Anwesenheit des Kgl. Reg.- u. Med.-Rats Dr. Obermayr-Bayreuth. Außer diesem sind noch 25 Mitglieder anwesend: Dr. Braun, Bezirksarzt, Kulmbach; Dr. Bullinger, prakt. Arzt, Lichtenfels; Dr. Ernst, Physikatsassistent, Hof, Schriftführer; Dr. Flasser, Bezirksarzt, Pegnitz; Dr Franke, bezirksärztl. Stellvertreter, Kirchenlamitz; Dr. Günther, Bezirksarzt, Höchstadt a. A.; Dr. Göttling, Direktor, Bamberg; Dr. Heißler, Bezirksarzt, Bayreuth; Dr. Hinker, Bezirksarzt, Rehau; Dr. Hofmann, Bezirksarzt, Naila; Dr. Kahlert, prakt. Arzt, Hof; Dr. Köhl,

prakt. Arzt, Naila; Dr. Löffler, Bezirksarzt, Bamberg I; Dr. Mayr, Bezirksarzt, Ebermannstadt; Dr. Ruß, Landgerichtsarzt, Hof; Dr. Sauerteig, Bezirksarzt, Münchberg; Dr. Scharff, prakt. Arzt, Wunsiedel; Dr. Schneller, Bezirksarzt, Bamberg II; Dr. Schöpp, Med.-Rat, Kronach; Dr. Schultz, Bezirksarzt, Teuschnitz; Dr. Stix, prakt. Arzt, Kulmbach; Dr. Uebl, Bezirksarzt, Berneck; Dr. Wild, Bezirksarzt, Wunsiedel; Dr. Zeitlmann, Bezirksarzt, Stadtsteinach; Dr. Zorn, Bezirksarzt, Lichtenfels.

Der Vorsitzende begrüßte die Versammlung, speziell die neueingetretenen Mitglieder, gab zunächst die seit der letzten Kreisversammlung eingetretenen Personalveränderungen bekannt und widmete dem verstorbenen Medizinalrat Dr. Weiß, K. Landgerichtsarzt in Bayreuth, einen ehrenden Nachruf.

I. Neuwahlen. Nachdem der bisherige Vorsitzende, K. Bezirksarzt Dr. Dietsch, erklärt hatte, daß er eine Wiederwahl auf jeden Fall ablehne, wurden gewählt als Kreisvorsitzender: Dr. Heißler, Bezirksarzt, Bayreuth, Stellvertreter: Dr. Schneller, Bezirksarzt, Bamberg II, Schriftführer (wie bisher): Dr. Ernst, Physikatsassistent, Hof, Stellvertreter: Dr. Kahlert, prakt. Arzt, Hof.

II. Der Vorsitzende brachte zunächst eine erst am 5. April 1913 eingelaufene Zuschrift des Landesvorsitzenden zur Kenntnis: **„Entwurf einer Eingabe an das K. Staatsministerium des Innern betr. Ruhegehalt der Bezirksärzte.“**

„Es möge bei Festsetzung des Ruhegehaltes der Bezirksärzte ein Teil der amtsärztlichen Gebühren als pensionsfähiges Diensteinkommen berechnet werden, so daß der Ruhegehalt der Bezirksärzte entsprechend deren Rang und in Uebereinstimmung mit dem höheren Gehalt der Landgerichtsärzte bemessen werde.“

Die Versammlung stimmte dem Entwurfe zu. Freudig begrüßt wurde die in einem Rundschreiben des Landesvorsitzenden angeregte Herausgabe von jährlichen Nachträgen zu dem Gebhardtschen Hilfsbuche für Bezirksärzte.

III. Besprechung der neuen bezirksärztlichen Dienstvorschriften.

a. Amtsärztliche Gebühren. Die Diätenfrage ruht zur Zeit dadurch wieder, daß das Ministerium seinen Antrag an die Kammer betr. Neuregelung der Diäten zurückgezogen hat. — Daß die bezirksärztlichen Diäten nach dem Vorschlage der K. Staatsregierung dem Range der Amtsärzte entsprechend festgesetzt werden möchten, dafür spricht sich die Versammlung aus und ebenso gegen eine weitere Beschränkung der amtsärztlichen Gebühren. In all den Fällen, in denen die Begutachtung auf Veranlassung und im Interesse eines Privaten, eines Gewerbebetriebes, einer Fabrik usw. erfolgt, soll wie bisher eine Gebührenliquidation erfolgen.

b. Mitwirkung der Verwaltungsbehörde bei der Qualifikation. Bezirksarzt Dr. Schneller erklärt, man solle nicht ruhen, bis die Qualifikation durch die Bezirksamtmänner beseitigt sei, durch die unser Ansehen und unsere Selbstständigkeit gelitten habe, die die Initiative der Bezirksärzte lähme. Ueber alle Abschnitte der Qualifikation können sich die Reg.- u. Medizinalräte selbst genügend Aufschluß verschaffen, so daß sie in der Lage sind, eine Qualifikation ihrer Bezirksärzte abzugeben. Wir sollten dringend bitten, daß die Qualifikation durch die Bezirksamtmänner wegfällt und ebenso im Laufe der Zeit die Diensteinweisung durch die Behörde an Ort und Stelle, was zu dem Gefühl einer gewissen Geringschätzung Anlaß gebe.

Der Vorsitzende ersuchte Herrn Bezirksarzt Dr. Schneller einen dementsprechenden Antrag für die Landesversammlung schriftlich zu fassen. Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayr erklärte, er könne auf die Qualifikation von seiten der Bezirksamtmänner verzichten, da er sich selbst bemühe, die Herren soviel als möglich kennen zu lernen. Er empfahl eine Eingabe an das Ministerium durch die Landesversammlung. Gehe die Sache von den Bezirksärzten aus, so müsse die Eingabe erfolgen an die Königl. Regierung.

Die Versammlung sprach sich dahin aus, daß der Kreisvorsitzende die Sache in der Landesversammlung vorbringe und der Landesverband sich weiter an das Königl. Ministerium wende.

IV. Satzungsänderungen wurden allseitig als notwendig anerkannt. Gegen den ganzen Vorentwurf der Satzungsänderung wurde kein Widerspruch erhoben.

V. Sonstiges. Med.-Rat Dr. Zinn-Bamberg, am persönlichen Erscheinen verhindert, übersandte den Bericht über die Mitgliedschaft des Kreises Oberfranken des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins bei dem Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayer hält es für erwünscht, daß künftighin wenn ein wichtiger Antrag behandelt werden soll, genügende Zeit vorher die einzelnen Mitglieder hierüber orientiert werden; er stellt einen derartigen Antrag, der angenommen wird. Ferner bittet er um möglichstes Interesse für den demnächst im Interesse der Bekämpfung der Tuberkulose zu veranstaltenden Blumentag.

Bezirksarzt Dr. Günther weist auf die Gepflogenheit der Gerichte hin, dem Amtsarzte für Zeugenaussagen und Gutachten eine Gebühr nicht anzuweisen, auch wenn es sich um eigentliche amtsärztliche Tätigkeit nicht handelt. Er stellt den Antrag, es solle genau unterschieden werden, ob die Tätigkeit mit der amtsärztlichen Tätigkeit in Beziehung steht, oder ob sie blos mit der Tätigkeit als praktischer Arzt zusammenfällt. Die amtliche Tätigkeit soll nicht in einer rein privaten Sache in Anspruch genommen werden dürfen.

Dieser Antrag wurde mit bedeutender Mehrheit angenommen.

Zum Schlusse wurde unter anderem auch zur Sprache gebracht die Zuschrift der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte betreffend Annahme von Vertrauensarztstellen, worin der Leipziger Verband eine weitere Beschränkung der freien Praxis erblickt. Es wurde darauf hingewiesen, daß das Reichsversicherungsamt bestimmte Vertrauensärzte nötig haben und sich die freie Arztwahl hierbei schwer durchführen lassen wird; gleichzeitig wird der Meinung Ausdruck verliehen, der Verein habe keinen Anlaß, seinen Mitgliedern die Annahme der Vertrauensarztstelle zu verbieten.

Dr. Ernst-Hof.

Bericht über die mittelfränkische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins im Luitpoldhaus in Nürnberg am 15. März 1913.

Anwesend als Regierungsvertreter: Herr Reg.- u. Med.-Rrat Dr. Miller; sodann die Herren: Ob.-Med.-Rat Dr. v. Merkel, Med.-Räte DrDr. Federschmidt, Späth, Wetzel; die Bezirksärzte DrDr. Bischof, Hertel, Lauer, Mayer, Sigm. Merkel, Pürkhauser, Raab, Schlier, Seidel, v. Thon-Dittmer; die Landgerichtsärzte Knehr, Kreuz, Schwink; Prof. H. Merkel, die prakt. Aerzte DrDr. Bandel, Burkhard, v. Ebner, Glauning, Goppelt.

Dr. Burkhard begrüßt, da die Stelle des Kreis-Vorsitzenden seit der Versetzung von Dr. Frickhinger nach Augsburg erledigt und der zweite Vorsitzende L. A. Baumann durch Trauerfall verhindert ist, die Anwesenden, insbesondere den Herrn Regierungsvertreter Reg.- u. Med.-Rat Dr. Miller und Herrn Ob.-Med.-Rat Dr. v. Merkel, und widmet dem verstorbenen Mitgliede Med.-Rat Dr. Peter Schmidt einen warmen Nachruf.

I. Man schritt hierauf zur **Neuwahl der Vorstandschaft.** Der stellvertretende Vorsitzende, Landgerichtsarzt Dr. Baumann, läßt bitten, von einer eventuellen Wiederwahl abzusehen, der bisherige Schriftführer Dr. Burkhard schließt sich dieser Bitte an.

Die hierauf vorgenommene Neuwahl ergibt durch Akklamation:

Bez.-Arzt Dr. Sigm. Merkel als 1. Vorsitzender.

Landg.-Arzt Dr. Kreuz als 2. Vorsitzender.
Phys.-Ass. Dr. v. Ebner als Schriftführer.

II. Sodann hält Herr Med.-Rat Dr. Federschmidt einen Vortrag über das Thema: **Ist für die Milchversorgung der Städte die bakteriologische Untersuchung von Milchproben ein sanitäres Bedürfnis?**

Der Vortragende bespricht die einzelnen Krankheiten, die durch Milch übertragen werden können, soweit deren Erreger bekannt sind: Ruhr, Milzbrand, Typhus, Cholera, Diphtherie, Tuberkulose, Euterentzündung, Paratyphus. Besonders in Betracht komme Typhus, dann Tuberkulose, wobei Infektion durch Typus bovinus nicht von der Hand zu weisen sei (Rabinowitsch), ferner Infektion durch Kokken der Eutermastitis, z. B. follikuläre Halsentzündungen. Auch Uebertragung von Milzbrand, Cholera, Paratyphus und Diphtherie ist sicher beobachtet. Eine bakteriologische Untersuchung sei auch zur Bestimmung des Schmutzgehaltes verwendbar, da Parallelismus vorhanden. Der Vortragende kommt zum Schlusse, daß die Angliederung von bakteriologischer Milchuntersuchung an die Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten ein sanitäres Bedürfnis sei, wenn auch die bisher schon geübten Untersuchungen dadurch nicht überflüssig werden.

Diskussion:

Dr. Kreuz bezweifelt die Durchführbarkeit. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung käme meist zu spät, auch sei die finanzielle Belastung sehr groß; er möchte deshalb den Nachdruck auf die Stallhygiene legen.

Dr. Wetzel bestreitet ebenfalls die Notwendigkeit der bakteriologischen Milchuntersuchung. Typhus- und Tuberkelbazillen würden durch Abkochen der Milch vernichtet; Uebertragung von Streptokokken sei nicht sicher, möglicherweise existiere auch hier ein für den Menschen nicht pathogener Typus bovinus. Jedenfalls werde auch für Kokken-Infektion das Abkochen in den allermeisten Fällen die Milch unschädlich machen; Stabsarzt Dr. G. Meyer habe in 111 Fällen nur 6 mal hitzebeständige Gifte gefunden. Auch betont er die Schwierigkeit des Verfahrens; von Wichtigkeit sei tierärztliche Untersuchung bei Ankauf der Milchkühe.

Dr. Goppelt weist auf die Untersuchungen des Reichsgesundheitsamts hin, wonach Typus bovinus für den Menschen ungefährlich ist, und gelangt zur Ablehnung auch mit Rücksicht auf die Kosten.

Dr. Schlier berichtet über die Milchkontrolle in seinem Bezirk und weist auf die schweren Mängel beim Transport der Milch, ungenügende Reinigung der Kannen (gewöhnlich mit Bachwasser und Sand), Verunreinigung sogar mit Straßenkot, Rostbildung in denselben und ungenügenden Verschluß hin. Zu fordern wäre eine dritte Milchkannen-Garnitur und Plombierung; Dr. Schlier bezweifelt abcr vorläufig deren Durchführbarkeit.

Prof. Dr. Merkel bespricht die schwankenden Anschauungen bezw. der Wirkung der Bakterien für den Menschen, erwähnt einen Fall, in dem die Uebertragung durch Perlsucht anzunehmen war. Untersuchung der Milch sei nur durch Kulturen möglich, bakterioskopische Prüfung sei ganz wertlos.

Dr. Federschmidt verteidigt in seinem Schlußwort nochmals seinen Standpunkt.

III. **Satzungsänderung und Geschäftliches.**

Der Vorsitzende, Dr. S. Merkel, verliest auszugsweise die von Bezirksarzt Dr. Frickhinger ausgearbeiteten neuen Satzungen, die gebilligt werden.

Als Zeitpunkt für die heuer in Nürnberg stattfindende Landesversammlung wird der 21. und 22. Juni ausersehen. Zu deren Vorbereitung wird ein Komitee gebildet, dem außer der Vorstandschaft Med.-Rat Dr. Wetzel angehören wird, ferner sollen die Vorstände des ärztlichen Bezirksvereins, des ärztlichen Vereins und der medizinischen Gesellschaft und Poliklinik zum Beitritt aufgefordert werden. Weitere Kooptationen bleiben dem Komitee vorbehalten.

IV. Demonstration.

Prof. Dr. G. Merkel-Erlangen demonstriert das seltene Präparat einer zentralen Ruptur der Leber; es handelte sich um einen Soldaten, der aus dem Fenster gestürzt war und an seinen sonstigen Verletzungen, Beckenbrüchen etc. starb. Im Innern der Leber fand sich eine mandelgroße Zertrümmerung des Organs.

Ferner zum Kapitel der plötzlichen Todesfälle: Zwei Aneurysmen der Aorta, Durchbruch in die Trachea und einen Fall von Kehlkopfsyphilis; der Kranke starb nach einer überreichlichen Mahlzeit rasch an akutem Glottisödem.

Dr. v. Ebner-Nürnberg.

Bericht über die Schwäbische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Augsburg am 12. April 1913.

Anwesend 17 Herren, darunter der Vertreter der Königl. Regierung, der Königl. Reg.- und Med.-Rat Dr. Utz, Vorsitzender Dr. Graßl.

Vorsitzender begrüßt die Anwesenden und insbesondere den Herrn Vertreter der Königl. Regierung.

1. Vorsitzender regt an, dem in der vorjährigen Landesversammlung beschlossenen Gesuche an das Staatsministerium dahin gehend, es möge den Bezirksärzten das Ruhegehalt der Landesgerichtsärzte gewährt werden, einen Zusatz zu geben in der Richtung, den Beginn der pensionsfähigen Dienstzeit statt vom Physikatsexamen bereits vom Approbationsexamen an zu berechnen.

2. **Statuten-Aenderungen.** Ref. Dr. Frickhinger. Die vom Referenten vorgeschlagenen Aenderungen werden gebilligt; der Antrag Seelos, die Landesversammlung nur noch in München und Nürnberg abzuhalten, abgelehnt.

3. **Vorkehrungen gegen Diphtherie.** Es zeigt sich, daß der Vollzug der bestehenden Vorschriften sehr verschieden gehandhabt wird. Vorsitzender hält nicht viel auf die Isolierung in der Familie und schlägt die Isolierung der Familien vor, so daß der Eintritt in die Wohnung verboten oder doch widerraten wird. Dr. Drossbach schlägt als die Mindestzeit der Isolierung 14 Tage vor. Von anderer Seite wird die Notwendigkeit einer häufigeren Inanspruchnahme der bakteriologischen Untersuchungsanstalt betont. Die Milchfrage wird angeschnitten.

4. Die Warnung des Leipziger Verbandes gegen die **vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit bei der Versicherung der Angestellten** wird als zu weitgehend betrachtet. Die Annahme der Vertrauensstelle ist nach Ansicht der Versammlung keine Beeinträchtigung der Aerzte.

Dr. Graßl-Kempten.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. V.

Bericht über die Versammlung des Pfälzischen Medizinalbeamtenvereins in Neustadt a. H. am 27. März 1913.

Anwesend die Herren: Reg.- und Med.-Rat Dr. Demuth, Bezirks bezw. Landgerichtsärzte Med.-Rat Dr. Alafberg, Dr. Becker, Dr. Clessin, Dr. Detzel, Dr. Dischinger, Dr. Dreyfuß, Dr. Frank, Dr. Frantz, Med.-Rat Dr. v. Hoesslin, Med.-Rat Dr. Kühn, Dr. Plauth, Dr. Spenkuch und Dr. Spies, staatsärztlich geprüfte Aerzte Dr. Bayersdörfer, Dr. Kern, Dr. Pfister, Dr. Stark, Dr. Weber und Dr. Zwecker.

Entschuldigt: die Bezirksärzte Dr. Dehler, Dr. Mann u. Dr. Müller sowie Physikatsassistent Dr. Stölzel.

I. Geschäftliches. Der Vorsitzende berichtet nach der Begrüßung der Anwesenden über den Stand des Vereins und gedenkt dabei mit herzlichen Worten des verstorbenen Mitgliedes Bezirksarzt a. D. Hofrat Dr. Kaufmann. Er bespricht den Wechsel in der Vorstandschaft des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins und bemerkt, daß die Jahresversammlung in Kissingen die beiden Anträge des Pfälzischen Medizinalbeamtenvereins einstimmig angenommen hat.

Es kommt eine längere Zuschrift von Bezirksarzt Dr. Müller-Homburg zur Verlesung, in welcher dieser eine Reihe von Wünschen äußert. In der anschließenden Besprechung betont Reg.- und Med.-Rat Dr. Demuth, daß es Sache des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins ist, die berechtigten Wünsche der Amtsärzte zum Ausdruck zu bringen.

Es wird beschlossen, in der zweiten Hälfte des November eine zweite Versammlung abzuhalten in Landau, wo auch die Königl. bakteriologische Untersuchungsstation besichtigt werden soll. Als wissenschaftliches Thema für diese Versammlung wurde bestimmt: „Die Beseitigung der Abwässer in kleineren und mittleren Städten“, und als Referent Dr. Clessin aufgestellt.

Die Rechnungsablage begegnet keinen Einwendungen.

Es wird der Wunsch ausgesprochen, daß die Landesversammlung im Laufe der nächsten Jahre einmal in der Pfalz abgehalten werden möge; der Vorsitzende erklärt sich bereit, diesen Wunsch zu überbringen.

Bezüglich Ergänzung der Statuten des Bayer. Medizinalbeamtenvereins berichtet der Vorsitzende kurz über die Vorschläge des Landesvorsitzenden. Zu § 30, Schlußsatz, beschließt die Versammlung, daß eine Mehrheit von zwei Dritteln der erschienenen Mitglieder erforderlich ist. Kühn hält die vorgeschlagene Ergänzung der Statuten in mehreren Punkten für abänderungsbedürftig und behält sich vor, seine Vorschläge dem Vorsitzenden schriftlich mitzuteilen.

II. Bezirksarzt Dr. Becker-Kirchheimbolanden erstattet ein von ihm auf Grund mehrfacher eingehender Besprechung mit Med.-Rat Dr. Kühn, Landgerichtsarzt in Kaiserslautern, ausgearbeitetes ausführliches Referat über **„Die Gebühren der Bezirksärzte“**, das wegen seiner Wichtigkeit nach Beschluß der Versammlung als ein Teil des Protokolls in etwas zusammengedrängter Form als Autoreferat angefügt ist und wie folgt lautet:

Die Landgerichtsärzte hatten früher einschließlich Gehaltszulage einen Gehalt von 2520—3600 M., die Bezirksärzte I. Klasse 2160—3240 M. Durch die K. Verordnung vom 6. September 1908 „die Gehaltsverhältnisse der etatsmäßigen Staatsbeamten betr.“ kam der Landgerichtsarzt in Klasse IX mit 4800—7200 M., der Bezirksarzt in Klasse XII mit 3000—6000 M. Die frühere Spannung zwischen den beiden Gehältern vergrößerte sich also von 360 M. auf 1800 M. beim Anfangs- und 1200 M. beim Höchstgehalt. Als Aequivalent für

dieses geringere Einkommen bei gleichem Rang heißt es in derselben K. A. Verordnung „Die Bezirksärzte, der Zentralimpfarzt und die Bezirkstierärzte beziehen neben ihrem Gehalt die ihnen verordnungsmäßig zugewiesenen Gebühren.“ Nach der Dienstanweisung für die Bezirksärzte bestehen diese Gebühren a) aus den Impfgebühren und b) den besonderen Gebühren für amtsärztliche Dienstleistungen.

Ad a ist zu bemerken, daß die Impfgebühren seit 1875, also seit 38 Jahren unverändert geblieben sind, während in dieser Zeit der Geldwert bedeutend gesunken ist. Die Impforte wurden vermehrt, Fuhrwerkskosten gesteigert, die Geburten gehen zurück; Privatimpfungen nehmen zu, weshalb der Wunsch auf zeitgemäße Erhöhung der Impfgebühren von 50 Pfg. auf etwa 70 Pfg. am Ort und von 80 Pfg. auf 1 M. auswärts wiederholt geäußert wurde (cf. Bericht über die Schutzpockenimpfung von Zentralimpfarzt Dr. Stumpf, Münch. Mediz. Wochenschr. 1910, S. 2390).

Ad b. Die besonderen Gebühren für amtsärztliche Dientsleistungen sind festgesetzt durch die K. Verordnung vom 17. November 1902 und 4. August 1910 „Die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen bei Behörden betr.“, welche für die Amtsärzte ein großes Wohlwollen bekundete. Den Amtsärzten wurde ein Tagegeld von 11 M. bewilligt, das jetzt auf 9 M. herabgesetzt ist; bei allen amtlichen Dienstleistungen, für welche die Kosten nicht vom Staat, einer Gemeinde oder einer Wohltätigkeitsstiftung zu tragen sind, konnte der Bezirksarzt wie der prakt. Arzt liquidieren, sonst erhält er nur Tagegelder, Reisekosten und Ersatz der besonderen Auslagen, aber keine Gebühr für die Verrichtung selbst.

Diese für die Amtsärzte wohlwollende k. A. Verordnung wurde in der Praxis in recht fühlbarer Weise dadurch unwirksam gemacht, daß eine Reihe amtsärztlicher Dienstleistungen als Offizialsache erklärt wurde, für welche der Staat die Kosten zu tragen hätte, weshalb der Amtsarzt keine Verrichtungsgebühr erhält. U. E. müßten logischer und billiger Weise die Amtsärzte wenigstens diejenigen Gebühren weiter beziehen, welche ihnen zur Zeit der Gehaltsordnung zustanden. Die Bezirksärzte empfinden es als Unrecht, daß sie eine immer größer werdende Zahl von Bewerbern um Staatsstellen gratis untersuchen und begutachten müssen, da diese Bewerber doch mit dem Staate noch in gar keiner näheren Verbindung stehen, sondern eine Anstellung erst erstreben. Besonders radikal ist in dieser Beziehung das Finanzministerium vorgegangen, indem es den Kreis der kostenlos amtsärztlich zu untersuchenden Personen immer mehr erweiterte, sodaß, soviel bekannt, jetzt alle Bewerber um Stellen im Bereich des Finanzministerium gebühren- und kostenfrei zu begutachten sind. Dieses Vorgehen hat auch bei anderen Sparten Schule gemacht, beim Justizministerium, der Verwaltung und im Schulwesen. Wir halten es aber für unzweifelhaft, daß die Inzipienten etc. die amtsärztliche Untersuchung und das Zeugnis für ihre Aufnahme in den Dienst selbst zu zahlen haben und hier nicht der Staat kostenpflichtig erscheint, da die Bewerber nachzuweisen haben, daß sie frei von Krankheit und Gebrechen sind. Wer das Zeugnis erholt, ist für die Frage der Honorierung nebensächlich; von ausschlaggebender Bedeutung ist, daß nicht der Staat, sondern der Bewerber der „Zahlungspflichtige“ ist. Kommt aber einem Privaten die Zahlungspflicht zu, so regelt sich diese durch die K. A. Verordnung vom 9. I. 1912, in welcher in § 8 Ziffer 4 als Dienstaufgabe des Bezirksarztes die Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen etc. bezeichnet wird und wofür ihm in § 14 Absatz 1 Gebühren nach der K. V. vom 17. XI 02 bezw. 4. VIII. 10 gewährt werden, also Gebühren in allen Fällen, in welchen Private kostenpflichtig erscheinen.

Seit dem Jahre 1908, in welchem den Bezirksärzten durch die Gehaltsordnung der ihnen verordnungsmäßig zugewiesenen Gebühren garantiert wurden, sind z. B. folgende Ministerial-Bekanntmachungen ergangen, welche den Gebührenbezug aufheben:

1909 betr. Aufnahme von Amtsgerichts- und Notariatsinzipienten, 1910 betr. Damen, die in den Dienst der Staatsschuldenverwaltung treten wollen, 1911 betr. Rentamtsassistentinnen, Bezirksamtsinzipienten, Flußaufseher, Hilfsarbeiter und Hilfstechniker im inneren Staatsbaudienst, Kanzlei- und Zeichnunggehilfen, 1912 betr. Personal des Wasserversorgungs-Büros. Durch die K. Ver-

ordnung vom 9. I. 1912 über den amtsärztlichen Dienst bei den Distriktsverwaltungs-Behörden etc. wurde bestimmt, daß der Bezirksarzt bei der selbstständigen Erledigung von Verwaltungsgeschäften und bei der Beratung und Unterstützung der Distriktsverwaltungs- und Gemeindebehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens keine Gebühr mehr für die Verrichtung erhält, auch wenn die Kosten von Privaten zu tragen sind.

Die Hauptfrage, was ist kostenlose Offizial- und was ist kostenpflichtige Privatsache, wird nirgends klipp und klar beantwortet. Nach neuerer Regierungsentschließung von 1912 kann der Bezirksarzt keine Gebühren beanspruchen, wenn sein Zeugnis über die Gesundheit und Diensttauglichkeit eines Beamten, Staatsdieners, sonstigen öffentlichen Dieners, eines Bewerbers um eine Stelle im Staatsdienst direkt durch eine staatliche Behörde erholt wird. Er darf aber berechnen, „sofern die Erbringung des amtsärztlichen Zeugnisses dem betr. Beamten, Gesuchsteller etc. selbst überlassen ist.“ Im Gegensatz dazu wird in einer anderen Regierungs-Entschließung ausgeführt, daß die amtliche Requisition des Bezirksarztes doch kein absolutes Kennzeichen der Offizialsache bilde. Wenn z. B. Jemand um die Erlaubnis zum Leichentransport einkomme und die Beibringung des amtsärztlichen Attestes übersehen hätte, so würde dieses vom Bezirksamt direkt requiriert, welches in diesem Falle nur Namens des Gesuchstellers handeln würde, so daß das Zeugnis trotz amtlicher Erholung kostenpflichtig sei.

Die K. Regierung der Pfalz, Kammer des Innern, gibt am 15. I. 1890 Nr. 361 H den Amtsärzten die Weisung, bei Versetzungsgesuchen von prot. Geistlichen das ärztliche Gutachten nach den vom Konsistorium festgesetzten Punkten abzugeben. Dieses Gutachten ist dem Konsistorium direkt einzusenden, die Kosten hierfür aber von dem betr. Pfarrer zu tragen. Obwohl also hier das amtsärztliche Zeugnis von der vorgesetztea Behörde verlangt und direkt an diese eingeschickt wird, wird es trotzdem ausdrücklich als kostenpflichtig erklärt. Bei Aufnahmen in die Präparandenschule ist das vorgeschriebene bezirksärztliche Zeugnis gebühren- (50 Pfg.-Marke) und kostenpflichtig. Beim Uebertritt in das Seminar ist genau das gleiche Zeugnis völlig kostenlos. Hat ein erkrankter Lehrer ein amtsärztliches Zeugnis nötig, so muß er dieses honorieren (pfälz. Reg.-Entschl. vom 20. XII. 1889, A. Geibs Handbuch; II. Band 1901, S. 58). Ebenso muß er bei Gesuch um Pensionierung das amtsärztliche Zeugnis selbst erholen und bezahlen (gem. K. Verordnung vom 2. I. 1904 § 12 letzter Absatz G.-V.-Bl. 1904 S. 5). Beide Zeugnisse sind wegen Dienstaufsicht frei von Gebührenmarken. Die gegenteilige Ansicht bei Gebhardt, Hilfsbuch für den bayerischen Bezirksarzt S. 307, ist u. E. nicht zutreffend. Unter diesen Umständen entwickelte sich eine ganz verschiedene unsichere Handhabung und Auffassung, so daß bei einem Amt, einem Regierungsbezirk der Bezirksarzt Gebühren erhält, die ihm in einem anderen bestritten werden. Da es auch mitunter übelwollende Amtsvorstände geben soll, die alles zur Offizialsache stempeln möchten, wird beim Amtsarzt Unsicherheit und Verstimmung erzeugt. Auch das Staatsinteresse ist bei dieser Frage beteiligt, da bei jedem amtsärztlichen, nicht offiziell erholten Gutachten, eine Gebührenmarke von 50 Pfg. zu verwenden ist.

Da der Staat bei der jetzt oft betonten mißlichen Finanzlage alle Ursache hat, dafür zu sorgen, daß die fälligen Abgaben in die Staatskasse fließen, ist es interessant zu erfahren, wie nach dem Gebührengesetz Offizial- und Privatsache unterschieden wird. In der Erläuterung zum Bayerischen Gebührengesetz von Ministerialrat Herm. Schmidt vom Jahre 1910 heißt es in Anmerkung 2 zu Art. 3: „Das Gebührengesetz, welches die Begriffsbestimmung einer Offizialsache etwas schärfer zu fassen versucht hat, hat ausdrücklich auf die in dieser Beziehung herausgebildete Praxis verwiesen, nach welcher das wesentlichste Kriterium in dem Bestehen eines öffentlichen Interesses erblickt wurde. Hierbei wird man indessen nicht soweit gehen dürfen, anzunehmen, daß in allen Angelegenheiten, bei deren Erledigung das öffentliche Interesse irgendwie mitbeteiligt ist, Gebührenfreiheit Platz zu greifen hätte. Es würden sonst auch Amtshandlungen, deren Gebührenpflichtigkeit außer jeder Frage steht, z. B. in Wirtschaftskonzessionssachen und dergleichen, außerhalb der Gebührenpflicht fallen. Der Schwerpunkt wird vielmehr darauf zu legen sein, ob ein Gegenstand an sich, d. h. abgesehen von seiner

Beziehung zu einer bestimmten Person oder einem bestimmten Objekt, das allgemeine Interesse beschäftigt und ob dieses Interesse ein Vorgehen der Behörde auch ohne Anregung eines Privaten rechtfertigen würde." Nach diesem Grundsatz dürfte die Bewerbung eines jungen Mannes um eine Inzipientenstelle beim Notariat, Rentamt oder Bezirksamt sich keinenfalls als Offizialsache charakterisieren; denn diese Bewerbung „beschäftigt das allgemeine Interesse" so gut wie gar nicht, und niemals würde diese Angelegenheit „ein Vorgehen der Behörde auch ohne Anregung eines Privaten rechtfertigen." Es ist diese Sache zum allergrößten Teile eine Privat-, Parteisache und sollte als solche gebühren- und kostenpflichtig behandelt werden. Die Bewerbungsgesuche können ja zur Sicherung eines einheitlichen und genauen Verfahrens von der vorgesetzten Behörde instruiert werden, die dann „namens des Gesuchstellers" handelt. Jetzt haben wir in Bayern ein ganz ungleichmäßiges, unhaltbares Verfahren. Es ist nicht einzusehen, warum der Schüler bei Aufnahme in die Präparandenschule, der Bewerber um eine öffentliche Stelle im Schul-, Gemeinde- und Verwaltungsdienst, der Lehrer bei Urlaubsgesuch, der Geistliche bei Versetzungsgesuchen Gebühren zahlen soll, welche dem Kandidaten für den Notariats-, Rentamts-, Amtsgerichtsdienst erlassen sind. Selbst in der gleichen Sparte, ja in ein und derselben Ministerial-Bekanntmachung wird ein ungleiches Verfahren vorgeschrieben. So heißt es in der Justizministerial-Bekanntmachung vom 22. Juli 1909, die Einrichtung der Gerichtsschreibereien usw. betr. Justizminist.-Blatt 1909, S. 345) in § 9, daß bei Aufnahme eines Inzipienten der Amtsgerichtsvorstand das amtsärztliche Zeugnis zu erholen hat; im Gegensatz hierzu sagt § 20: „die Anstellung als Sekretariatsassistent setzt voraus, daß der Bewerber durch ein amtsärztliches oder militärärztliches Zeugnis nachweist, daß er kein Gebrechen usw. hat." Wir haben also bei Bewerbung des Inzipienten eine kostenlose Offizialsache, beim Assistenten eine gebührenpflichtige Privatsache vor uns, wofür die Begründung schwer fallen möchte.

In Preußen ist durch die neue Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909 die Gebührenfrage in einheitlichem und für die Amtsärzte günstigem Sinne geordnet. Nach § 24 Abs. 5 verbleiben sogar dem mit 3000—7200 M. und Wonungsgeld bis 1200 M. vollbsoldeten Kreisarzte (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1909, S. 476 und 693) die Vergütungen für vertrauensärztliche Verrichtungen. Diese Verrichtungen umfassen ein weit größeres Gebiet als der Wortlaut vermuten läßt, so nach § 118a die ärztliche Tätigkeit an staatlichen Anstalten, z. B. Strafanstalten, Gefängnissen, staatlichen Erziehungs- und Unterrichtsanstalten nach b und g, nicht nur die Ausstellung von Gesundheitszeugnissen, welche für den Eintritt in den Reichs-, Staats- oder öffentlichen Schuldienst, in die Lehrerbildungsanstalten usw. vorgeschrieben sind, sondern auch die Begutachtung des Gesundheitszustandes von Reichs- oder unmittelbaren Staatsbeamten, von Lehrpersonen an öffentlichen Schulen im dienstlichen Interesse, d. die Untersuchung von Ortsarmen auf Erfordern des Kreis- oder Bezirksausschusses, f. der Reklamanten auf Ersuchen der Ersatzbehörden usw.

Eine solche Regelung sollten wir auch für Bayern anstreben. Schon im Jahre 1909 wurde auf der VI. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins einstimmig der Antrag an das K. Staatsministerium des Innern gestellt auf generelle Bestimmung, daß bezirksärztliche Gesundheitszeugnisse behufs Anstellung in staatlichen oder gemeindlichen Stellen, Aufnahme in Lehr- und Erziehungsanstallten, in Betriebe, die unter staatlicher oder gemeindlicher Kontrolle stehen, ohne Ausnahme gebührenpflichtig seien. Wie in Preußen, wo die Staatsgebühren weit höher sind (3 M. gegen 50 Pf. bei uns für amtsärztliches Zeugnis) würden die Bewerber um Anstellung diese Kosten unschwer und willig tragen, da sie ja mit diesen Zeugnissen etwas zu erreichen hoffen. Ebenso sollten Private stets amtsärztliche Gutachten in polizeilichen Angelegenheiten über Einrichtungen oder gewerbliche Anlagen zahlen. — Trotz des bisherigen Mißerfolges (soviel bekannt, ist ein Bescheid nicht erfolgt) sollte die nächste Landesversammlung diesen Antrag wieder aufnehmen und zwar mit der Erweiterung im Sinne des § 115 der neuen preußischen Dienstanweisung für Kreisärzte. Wohl begründet ist die Wiederholung und Erweiterung dieses Antrages durch die Dienstanweisung für die Bezirksärzte vom 23. Januar 1912,

die durch ihre Anforderung den Bezirksärzten die Ausübung der Privatpraxis vielfach nicht mehr ermöglicht, die Tätigkeit als Kassen- und Krankenhausarzt von einer Genehmigung der Regierung abhängig macht, weshalb sie als nicht vollbesoldete Beamte, auf ihre Gebühren erhöhten Wert legen müssen.

Eine Erleichterung hat die neue Dienstanweisung dem Bezirksamt insofern gebracht, als er nicht mehr der offizielle Armenarzt ist, was er auch tatsächlich vorher nicht mehr sein konnte; „er ist zur Leistung ärztlicher Hilfe (auch bei Armen) nur in Notfällen verpflichtet.“ Er kann also die regelmäßige Behandlung von Armen ablehnen, oder, falls er sie annimmt, dafür liquidieren. Ebenso kann er jetzt eine Gebühr beanspruchen für Gutachten zur Unterbringung von Armen in Anstalten, wie die Kreiskranken- und Pflegeanstalt zu Frauenthal, Heilanstalt Klingenmünster und Homburg, da diese Gutachten von jedem approb. Arzt abgegeben werden können und ihre Ausstellung nicht zur Geschäftsaufgabe der Amtsärzte gehört (§ 53, 59, 62 der Dienstanweisung). Für Behandlung der Gendarmeriemannschaft und ihrer Familien, die früher amtlich und unentgeltlich war, darf jetzt berechnet werden. (Inn. M.-E. vom 24. XII. 1909, Nr. 34711 betr. Bestimmungen über den Dispositions- und Unterstützungsfonds der Gendarmerie.)

An der Diskussion beteiligten sich außer den Referenten namentlich Reg.- und Med.-Rat Dr. Demuth und der Vorsitzende.

Auf Anfrage von Mitgliedern werden noch einige andere Punkte kurz besprochen. Dr. Alafberg-Ludwigshafen a. Rh.

Bericht über die oberpfälzische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Regensburg am 6. April 1913.

Anwesend 17 Mitglieder, darunter als Vertreter der Königl. Regierung der Königl. Reg.- und Medizinalrat Dr. Burgl.

Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Grundler-Neumarkt, begrüßt die Versammlung, insbesondere den Vertreter der Königl. Regierung, berichtet über das abgelaufene Jahr und gibt den Einlauf bekannt.

Die zur Beratung stehende Satzungsänderung wird gutgeheißen, nur soll als Sitz des Vereins nicht München, sondern Nürnberg bestimmt werden.

Ein Antrag Dr. Boekale auf Erhöhung des Regieaversums sowie auf Gewährung einer Entschädigung für die nötigen Bureauräume findet gleichfalls allgemeine Zustimmung. Die Herausgabe von Nachträgen zum Gebhardschen Hilfsbuch wird als sehr notwendig anerkannt, die Uebernahme der Kosten auf den Landesverband wird befürwortet.

Eine längere Diskussion entspinnt sich über die Annahme der Vertrauensarztstellung bei der Reichsversicherung für Angestellte.

Dr. Boekale-Stadtamhof.

Bericht über die Unterfrankische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Die Unterfränkische Kreisversammlung fand am 5. April im Bahnhofshotel in Würzburg unter Beteiligung von 22 Mitgliedern statt.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedachte der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Blanalt-Würzburg, in warmen Worten des Heimgangs S. K. H. des Prinzegenten Luitpold und brachte ein begeistert aufgenommenes Hoch dem Prinzregenten Ludwig dar.

Es wurde beschlossen, an jedem 1. Montag eines Kalendervierteljahres zwangslose Zusammenkünfte abzuhalten.

Das in Aussicht genommene Erscheinen von Nachträgen zum Gebhardtschen Hilfsbuch fand allseitige Zustimmung.

Ein Vortrag über amtsärztliche Zeugnisse mußte wegen Erkrankung des Referenten ausfallen.

Bezirksarzt Dr. Kundmüller in Hofheim erstattete ein sehr lehrreiches Referat über die bezirksärztliche Registratur.

Dem vom Landesvorsitzenden eingelaufenen Vorentwurf einer Satzungsänderung wurde mit Abänderung einiger weniger Punkte zugestimmt.

Gegen die Annahme einer Vertrauensarztstelle bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wurde keine Einwendung haben.

Bericht über die II. Preussische Landeskonferenz für Säuglingsschutz am 26. März 1913 in Berlin.

Die Konferenz fand im Plenarsitzungssaale des Preußischen Herrenhauses unter dem Vorsitze des Kammerherrn Dr. v. Behr-Pinnow statt und wurde von diesem vormittags 11½ Uhr eröffnet. Sie war von den zuständigen Behörden, den Organisationen der Mutter- und Säuglingsfürsorge reichlich beschickt. Der Minister des Innern war vertreten durch den Direktor der Medizinalabteilung, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner und durch den Geh. Med.-Rat Dr. Krohne; das Ministerium der Landwirtschaft, Domänen und Forsten durch Geh. Ob.-Reg.-Rat v. Etzdorf, das Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten durch den Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Pallat; das Ministerium der öffentlichen Arbeiten durch Geh. Med.-Rat Dr. Wagner; das Ministerium für Handel und Gewerbe durch Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Frick; das Kriegsministerium durch Generaloberarzt Dr. Schultzen. Fernerhin waren anwesend Oberpräsident Exzellenz v. Hegel-Magdeburg, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Behla vom preußischen statistischen Landesamt, Geh. Reg.-Rat Pütter, Verwaltungsdirektor der Königlichen Charité, Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Seitz-München u. a.

Der Vorsitzende begrüßte die verschiedenen Vertreter und Konferenzteilnehmer und sprach den Wunsch und die Hoffnung aus, daß die Verhandlungen der Landeskonferenz Anregungen für die praktische Arbeit auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge bringen möge. Es handelt sich nicht nur darum, möglichst viel Säuglinge das 1. Lebensjahr erreichen zu lassen, sondern sie auch gesund zu erhalten. Auch für die Kinder jenseits des 1. Lebensjahres muß gesorgt werden, bis sie später von der Schule und den Schulärzten erfaßt werden können. Nach einem Nachruf auf den kürzlich verstorbenen Vorsitzenden der Preuß. Landeszenttale, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Krohne, geht er noch näher auf das für die Säuglingsfürsorge sehr ereignisreiche Jahr 1911 ein. Die Ergebnisse dieses Jahres sind wenig erfreuliche gewesen. In Preußen ist der Ueberschuß der Bevölkerung um rund 100000 zurückgegangen, von denen etwa je ⅓ auf die Abnahme der Geburten, die Zunahme der Säuglings- und der allgemeinen Sterblichkeit entfällt. Die Mißerfolge des Jahres 1911 zeigen deutlich, daß es vielfach an den nötigen Einrichtungen mangelt; denn in den Orten mit musterhaften Säuglingsschutzmaßnahmen waren auch die Erfolge gute. Das Jahr 1912 weist erfreulicherweise in der allgemeinen, wie in der Säuglingssterblichkeit bessere Resultate auf, ja zum Teil so gute, wie wir sie auch nicht annähernd in Deutschland gehabt haben. Unter dem Hinweis, daß sich die Arbeit im Interesse des Säuglings zwischen private und behördliche Organisationen teilen müsse, und daß gerade die privaten Organisationen schwerlich erfolgreich arbeiten würden, wenn sie nicht des Schutzes und der Mitarbeit der Behörden sicher wären, dankt er den Ministerialbehörden und besonders den Vertretern des Herrn Ministers des Innern für ihr Erscheinen und das dadurch an den Tag gelegte Interesse.

Min.-Direktor Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner dankt für die Begrüßung gleichzeitig im Namen der anderen Herren Vertreter. Er weist besonders auf die Notwendigkeit hin, die Mütter zu belehren, welche Mittel

sie anzuwenden haben, um ihr Kind gesund zu erhalten und es vor frühzeitigem Tode zu bewahren. Sie müssen aber auch durch die Tat unterstützt werden. Wir machen augenblicklich eine merkwürdige Beobachtung. Während man auf der einen Seite immer wieder die Notwendigkeit eines kräftigen und gesunden Nachwuchses betont, wird von anderer Seite die Meinung ausgesprochen, daß die Volksvermehrung überhaupt eingeschränkt werden müsse. Es ist zu hoffen, daß die Anhänger der letzteren Richtung, die sich gegenwärtig immer drohender geltend macht, mit der Zeit selbst erkennen werden, wie verkehrte Wege sie gehen. Ueberaus anerkennenswert ist in diesen schweren Zeiten die Tätigkeit der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, die darauf hinzielt, junge, kräftige und arbeitsfreudige Menschen dem Staat zu erhalten. Wir leben jetzt in der Erinnerung an jene große Zeit, in der nach schweren Niederlagen ein niedergedrücktes Volk sich wieder emporrichtete. Wenn in unseren stürmischen Zeiten sich wiederum die Forderung geltend macht, ein kräftiges und frisches Volk zu haben, so werden diejenigen, die hier mitarbeiten, das stolze Bewußtsein haben, an dem Werke mitgeholfen zu haben.

I. Der Wert der Stillbeihilfen (Stillunterstützungen, Stillprämien) als Mittel zur Förderung des Stillens.

1. Oberarzt Dr. Rott-Charlottenburg spricht als erster Referent über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Stillbeihilfen (Stillunterstützungen, Stillprämien) in Preußen. Die Stillprämien haben ihren Vorläufer bereits im Mittelalter; in Frankreich wurden sie schon im Anfang des 19. Jahrhunderts verteilt. Auch in Deutschland sind Stillprämien schon vor 50 Jahren in Augsburg gewährt worden. Eine planmäßige Ausarbeitung der Einrichtung von Stillprämien setzte aber erst ein, als Oppenheimer im Jahre 1904 in München nach französischem Muster Stillprämien eingeführt hatte. Die günstigen Schilderungen Oppenheimers waren die Veranlassung zur schnellen Aufnahme und Ausbreitung dieser Einrichtung über ganz Deutschland. Sie fällt an und für sich mit der starken Ausbreitung der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen im letzten Jahrzehnt zusammen. Zur Zeit gelangen in 289 Gemeinden Deutschlands Unterstützungen an stillende Mütter zur Verteilung.

Stillprämien in Geld werden zur Zeit in 88 Gemeinden Deutschlands verteilt. Die Art und Weise der Verteilung der Stillprämien ist in den einzelnen Gemeinden außerordentlich verschieden. Immerhin lassen sich charakteristische Formen herausgreifen. Im wesentlichen betreffen die Unterschiede die Höhe der Prämie und die Dauer ihrer Gewährung, während bei den Bestimmungen und in der Art der Kontrolle große Unterschiede nicht bestehen. Zwei wichtige Bestimmungen sind die Karenzzeit (die Prämie beginnt erst mehrere Wochen nach der Geburt) sowie die Sommerprämie (die Prämie wird im Sommer höher bemessen als im Winter oder sie gelangt lediglich im Sommer zur Verteilung).

Die zweite Form der Unterstützung an stillende Mütter ist die Stillbeihilfe an Naturalien. Sie gelangt in 201 Gemeinden Deutschlands zur Verteilung. In 67 Gemeinden davon wird außer Naturalien auch Geld gewährt. In weitaus den meisten Fällen wird die Stillbeihilfe in Milch gewährt, in der Regel 1 Liter pro Tag und auf die Dauer eines Vierteljahres. In einigen Fällen werden neben Milch auch andere Nahrungsmittel und Wirtschaftsartikel, wie Wäsche, Kohlen usw. verabreicht.

Die Gewährungen der Unterstützungen in beiden Formen sind in den meisten Fällen an die Bedingung des regelmäßigen Besuches der Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstelle geknüpft. Wo Beratungsstellen nicht vorhanden sind, sind meist besoldete oder ehrenamtlich tätige Aufsichtsdamen mit der Kontrolle betraut.

In Zusammenhang mit den Unterstützungen an stillende Mütter müssen auch die Speiseanstalten für stillende Mütter und die Stillstuben oder Stillkrippen erwähnt werden. Speiseanstalten als selbständige Einrichtungen gibt es in Deutschland nicht. Vereinzelt sind in den Satzungen von Säuglingsheimen und noch mehr von Tagkrippen Bestimmungen vorgesehen, nach denen Müttern Mittagessen verabreicht wird, wenn sie des Mittags

zum Anlegen ihres dort verpflegten Kindes kommen. Stillstuben oder Stillkrippen, die Fabriken angegliedert sind, gibt es zurzeit in 16 Gemeinden Deutschlands.

Die Ausgaben für die Unterstützung an stillende Mütter stellen zum Teil recht beträchtliche Beträge dar. An erster Stelle steht Berlin mit rund 180000 M., 248 Gemeinden gaben ihre Gesamtausgaben mit 708000 M. an. Durchschnittlich hat also jede Gemeinde eine Ausgabe von ca. 3000 M. Fast überall findet man in den letzten Jahren ein Ansteigen der für diese Zwecke eingestellten Etatsmittel.

2. Der zweite Referent, Stadtrat Paul-Magdeburg, behandelt die Durchführung der Organisation der Stillbeihilfen in der Gemeinde. Die Einrichtung in Magdeburg sieht eine Geldprämie in Höhe von 1 M. wöchentlich von der Vollendung der 5. Woche bis zur 15. Woche nach der Geburt des Kindes (sog. Winterprämien) vor. Für die gefährliche Zeit von Mitte Juli bis Mitte September erfolgt die Gewährung ohne Karenz bis zur Vollendung des sechsten Lebensmonates (sog. Sommerprämien). Bezugsberechtigt sind uneheliche Mütter, die ihre Kinder selbst stillen und regelmäßig in der Beratungßstelle vorstellen, und eheliche Mütter, deren Ehemänner nicht über 1050 M. Einkommen haben und die außer den genannten Voraussetzungen auch die weitere, die Duldung der Ziehkinderaufsicht, erfüllen. In Fällen besonderer Art ist die Ausnahme gestattet. Nach Vollendung des 12. Lebensmonates wird bei der Vorstellung des Kindes in der Beratungsstelle eine Schlußprämie von 1 M. gezahlt. Die Prämien tragen den Charakter der Lock- und Lohnprämien, ausnahmsweise den der Unterstützungsprämien.

Zur Heranziehung der Mütter sind folgende Bestimmungen getroffen: Das Standesamt teilt dem Jugendfürsorgeamt die Geburt aller unehelichen Kinder mit. Nach Aufnahme des ärztlichen Fragebogens und der Kinderkarte tritt die besoldete Pflegerin in Aktion. Die Eltern müssen selbst die Anträge im Bureau des Jugendfürsorgeamtes stellen. Die Hebammen sind gehalten, alle geeigneten Fälle mitzuteilen. Für jedes Kind, dessen Mutter Stillprämien erhält, wird der betreffenden Hebamme eine Belohnung von 25 Pf. gezahlt.

Die weitere Altstadt von Magdeburg ist in 8 Bezirke eingeteilt. Jeder Bezirk ist das Tätigkeitsfeld einer besoldeten Pflegerin. In jedem Bezirke findet wöchentlich eine Beratungsstelle statt. Die Stillprämien zahlt der Arzt aus. In den Vororten sind für die gesamte Jugendfürsorge sog. Fürsorgegruppen gebildet. Ein ortsangesessener Arzt vertritt die Stelle des städtischen Kinderarztes und hält die Beratungsstunden in seiner Wohnung ab.

In der Provinz Sachsen werden in 15 Städten Stillbeihilfen gewährt; in fünf ist die Einrichtung städtisch, in den übrigen liegt sie in den Händen privater Vereine.

In größeren Städten über 25000 Einwohner empfiehlt sich die Einrichtung des Magdeburger Hauptsystems, in den kleineren des Magdeburger Gruppensystems. Ob Geld oder Naturalien gewährt werden, ist nebensächlich. Zu fordern ist aber, daß die Gewährung der Beihilfen in den Beratungsstellen erfolgt. Zu warnen ist vor zu langen Karenzen während der Gewährungszeit.

3. Der dritte Berichterstatter, Prof. Dr. Thiemich-Magdeburg, bespricht die ärztlichen Forderungen zur Organisation der Stillbeihilfen auf Grund der bisherigen Ergebnisse. Die Stillprämienbeihilfen (-Gelder) lassen sich in Lockprämien und Unterstützungsprämien unterscheiden. Zweck der Lockprämien ist, die Frauen allgemein über den Wert des Stillens aufzuklären und sie im speziellen auch vor übereiltem Absetzen zu bewahren, wo sich Schwierigkeiten ergeben und das Gedeihen von Mutter und Kind nicht ohne weiteres befriedigt. Die Gewährung dieser Prämie muß also unbedingt an die Mitwirkung des Arztes gebunden sein, damit er im einzelnen Falle auf Grund ausreichender Spezialkenntnisse das gesundheitlich Beste für Mutter und Kind raten kann. Diese Lockprämie kann niedrig bemessen werden.

Die Unterstützungsprämie muß hoch genug bemessen werden um die vorzeitige Entwöhnung aus sozialen Gründen zu verhüten; sie überschreitet in dieser Hinsicht den Rahmen der Säuglingsfürsorge im landläutigen Sinne und wird — ohne als solche zu gelten — eine Art Armenunterstützung,

d. h. sie gewährleistet dem in sozialer Not befindlichen Säuglinge das, was er zum Leben und Gesundbleiben braucht, d. i. eben die Ernährung an der Mutterbrust. Falls es sich um gesunde Mütter und Säuglinge handelt, beschränkt sich die Mitwirkung des Arztes hierbei auf die Ueberwachung, daß tatsächlich gestillt wird; hierin kann er zur Not von anderen Personen ersetzt werden.

Diskussion:

Dr. Bamberg-Berlin macht nähere Mitteilung über die Art und Weise der Verteilung der Stillprämien in Berlin. Sie belaufen sich hier zwischen 1,50 und 5,60 M. wöchentlich, gleichmäßig im Sommer und Winter. Die Höhe richtet sich nach der materiellen Lage der betreffenden Familie.

Dr. Kluge-Aschersleben teilt die Erfahrungen der dortigen Fürsorgestelle mit.

Dr. Bornstein-Leipzig beklagt sich darüber, daß die Kommunen immer noch zu sparsam sind, wenn es gilt, Gelder für die Ertüchtigung der Jugend auszugeben. Wegen der Stillprämien dürfen die Frauen nicht mit einem subalternen Beamten unterhandeln, sondern entweder mit dem Arzte oder mit Frauen, die für diese Angelegenheit von der Kommune angestellt sind.

Frau Böttcher-Berlin wendet sich gegen die Hebammenprämien. Es ist die Pflicht einer jeden Hebamme, die Mutter zum Nähren anzuhalten. Wenn die Hebammen ihre Pflicht tun, so ist zu erwarten, daß in späteren Jahren die meisten Frauen auch ohne Prämien diese ihre Mutterpflicht erfüllen werden.

Frau Mehl-Charlottenburg richtet sich ebenfalls gegen die Hebammenprämien und bezeichnet es als eine Schmach, wenn sich die Hebammen für die Erfüllung ihrer einfachsten Pflicht belohnen lassen. Sie stellt in Aussicht, die „Hebammenprämien" auf dem Delegiertentag der Hebammen in Karlsruhe zur Sprache zu bringen. Sie schlägt vor, die Hebamme zu Kontrollbesuchen heranzuziehen in den Kreisen, wo die Kontrolle nicht einem Haus- oder Kinderarzt untersteht, oder bei den Frauen, die eine Fürsorgestelle nicht besuchen können. Für diese Tätigkeit könnten die Einnahmen der Hebammen durch Gewährung geeigneter Honorarsätze aufgebessert werden.

Prof. Dr. Peiper-Greifswald: Pflicht der Hebammen ist es auch, alle in Frage kommenden Mütter ihrer Klientel auf die Säuglingsfürsorge hinzuweisen, den Aerzten aber nach dieser Richtung hin keine Schwierigkeiten zu machen, wie es tatsächlich noch geschieht. In Greifswald hatte die Aufforderung an den Hebammenverein, sich an jeder Fürsorgesprechstunde durch Hebammen zu beteiligen, den wenig erfreulichen Erfolg, daß nur eine Hebamme kam. In Greifswald sind die Stillbeihilfen in Naturalien eingeführt. Die Mütter erhalten fünf Monate hindurch in 14 tägigem Turnus eine Beihilfe von 2,50 M. in Naturalien. Kommt die Mutter vier Monate nach der Entlassung, also im 10. Monat, und stillt sie das Kind wenigstens noch teilweise, so erhält sie eine Belohnung von 3 M. in bar. Eine besondere Beihilfe, die im April oder Mai der Mutter gegeben wird, ist eine mit Holzwolle gefüllte Kindermatratze mit Kopfkissen. Diese Maßnahme soll die Mütter belehren, wie in zweckmäßiger Weise die Kinder gebettet und in der heißen Zeit vor Ueberhitzung beschützt werden.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rusak-Cöln wünscht Auskunft darüber, ob und welche praktischen Ergebnisse die praktische Fürsorgetätigkeit schon gezeitigt hat, namentlich, welche Wirkung auf die Säuglingssterblichkeit zu verzeichnen ist. Und wie war die Säuglingssterblichkeit in dem heißen Jahre 1911 in Magdeburg?

Dr. Japha-Berlin äußert sich über die Erfahrungen in der Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin (Prof. H. Neumann). Hier werden trotz verhältnismäßig reichlicher Mittel die Stillunterstützungen nur an die Allerärmsten verabfolgt. Wenn man bedenkt, daß eine arme Berliner Familie pro Tag und Kopf mindestens 30 Pf. zum Leben notwendig hat, so ist erkenntlich, daß eine wenn auch geringe Beihilfe eine Unterstützung bedeutet. Naturalunterstützungen werden gern genommen, lieber als Geld. Des weiteren wendet er sich gegen die Karenzzeit und die zeitliche Begrenzung der Prämie. Die Schlußprämie hält er für gut.

Dr. v. Alvensleben-Magdeburg begrüßt die Absicht, die Hebammen in der Tätigkeit der Säuglingsfürsorge heranzuziehen. Ihre Mitarbeit hat sich schon in manchen Orten bewährt, z. B. in Magdeburg. Mit ihrer Hilfe wurde dort die letzte Stillstatistik erhoben. Die Hebamme kann besonders auf dem Lande, wo ihr Tagwerk durch die geburtshilfliche Arbeit oft gar nicht ausgefüllt wird, in der Säuglingsfürsorge verwertet werden. In Magdeburg bekommen die Hebammen 25 Pf. für jede Frau, die sie der Mutterberatnngsstelle zuführen. Dieser Betrag stellt eigentlich keine Prämie dar, sondern ist ein Honorar für die Ausfüllung und Absendung der Meldekarte und für die Unterhandlung mit der Frau.

Prof. Dr. Peiper-Greifswald antwortet auf die Anfrage von Geheimrat Dr. Rusak, daß er in Greifswald eine Zunahme der Stilltätigkeit konstatieren konnte, die lediglich der Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestelle zu verdanken ist. Auch die erhebliche Abnahme der Säuglingssterblichkeit ist darauf zurückzuführen.

Prof. Dr. Falkenheim-Königsberg i. Pr.: Die Ergebnisse des Jahres 1911 können nicht überall zur Beurteilung herangezogen werden, ob die an dem betreffenden Orte gepflogenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wirksam gewesen sind. In Königsberg sind keine weitgehenden Schutzmaßnahmen vorgesehen und trotzdem ist im Jahre 1911 die erhöhte Säuglingssterblichkeit ausgeblieben. Die Stillprämien sind nur dann Lockprämien, wenn die Einrichtung mit einer Säuglingsfürsorgestelle verbunden ist. Die Absicht der Heranziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorgetätigkeit begrüßt er, namentlich für das Land, doch müssen Hebammen überhaupt vorhanden sein. In Ostpreußen ist das leider nicht der Fall. Auch die Vaterländischen Frauenvereine müßten mehr wie bisher zur Säuglingsfürsorge herangezogen weiden.

Oberarzt Dr. Rott-Berlin (Schlußwort) beantwortet ausführlich die Frage des Herrn Dr. Bornstein-Leipzig. Die Leistungen der Kommunen können nach den vorliegenden statistischen Angaben im allgemeinen als recht hoch anerkannt werden.

Stadtrat Dr. Paul-Magdeburg (Schlußwort): Die Geldprämie hat den Vorzug des größeren Reizmittels; deshalb ist ihr in Magdeburg der Vorzug gegeben. Auch die Naturalprämie läßt sich unter Umständen in Geld umsetzen; darüber liegen trübe Erfahrungen vor. Die Hebammenprämie soll lediglich eine Entschädigung für die Mehrarbeit darstellen. Sie ist auch ein Mittel, die wirtschaftliche Lage der Hebamme zu heben.

Prof. Dr. Thiemich-Magdeburg (Schlußwort) geht noch auf die Erfolge in Magdeburg zahlenmäßig ein. In Magdeburg werden jährlich 8 bis 900 uneheliche und 7 bis 800 eheliche Kinder von der Fürsorge besorgt. Diese Zahl ist zu gering, als daß dadurch die Sterblichkeit der Stadt Magdeburg, die fast 300000 Einwohner hat, erheblich beeinflußt werden kann. Trotzdem spricht die praktische Erfahrung für den Wert der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen im allgemeinen und den der Stillbeihilfen im besonderen. Die Sterblichkeit der unehelichen Kinder ist im allgemeinen stark gesunken.

Die Nachmittagssitzung hatte als Verhandlungsgegenstand:

II. Die Organisation der Kleinkinderfürsorge.

1. Primärarzt Dr. Freund-Breslau behandelte als erster Referent die ärztlichen Forderungen für die Organisation der Kleinkinderfürsorge: Das Kleinkindesalter umfaßt die Zeit zwischen Säuglingsalter und Einschulung, also im allgemeinen das Alter zwischen 1—6 Jahren. Die Erfolge der Säuglingsfürsorge schärfen unser ärztliches und soziales Gewissen gegenüber den aus den Gefahren der ersten Lebenszeit mit bedeutenden Mühen und Kosten Erretteten. Unsere Verantwortlichkeit steigert sich aber noch, wenn wir erwägen, daß die erfolgreiche Säuglingsfürsorge nicht nur ein Mehr, sondern auch eine bessere Beschaffenheit der Ueberlebenden erzielt.

Der am Ende des Kleinkindesalters aufgenommene gesundheitliche Tatbestand in Gestalt der Ergebnisse der Lernanfängeruntersuchung in den Volksschulen bietet vielfach ein recht trübes Bild. Nicht selten finden sich — abgesehen von den von der Einschulung überhaupt Zurückgestellten — be-

deutende Prozentsätze von „schlechter“ Körperbeschaffenheit, darunter auch vielfach gerade solche körperlichen Fehler und Gebrechen, die auf eine mangelhafte ärztliche Ueberwachung zurückliegender Krankheitsprozesse hinweisen. Der Vergleich mit den Lernanfängern höherer Schulen fällt demgemäß zu Gunsten der letzteren aus. Die allgemeine Betrachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Kleinkindesalters ergibt zunächst, daß seine Sterblichkeit im Vergleich zu der des Säuglingsalters eine überaus geringe zu nennen ist. Dagegen zeigt das Kleinkindesalter eine erhebliche Morbidität an akuten und chronischen Krankheitszuständen; unter den ersteren stehen im Vordergrunde die, in diesem Alter durch besonders schweren Verlauf und ernsteren Folgezustände ausgezeichneten Kinderkrankheiten; unter ihnen spielen eine bei deutende Rolle die auf der sog. exsudativen Diathese und auf schlechter nervöser Veranlagung beruhenden körperlichen und geistigen Minderwertigkeiten, die Folgezustände des rachitischen Krankheitsprozesses, ferner auch die Tuberkulose, deren Erreger in diesem Alter schon vielfach seinen Einzug in den Körper hält, sei es, um alsbald zu schweren Organerkrankungen zu führen, oder einer solchen im späteren Lebensalter den Boden bereiten zu helfen. Zu diesen gesundheitlichen Gefahren treten nun, jene vielfach erst zur vollen Geltung bringend, bei der großen Masse der Kleinkinder die bekannten sozialen Schäden hinzu, Wohnungselend, schlechte Ernährung, mangelnde Kenntnis der Mütter in der Hauswirtschaft, Kinderpflege und Erziehung, schlechte häusliche Beaufsichtigung und Flucht auf die Straße als Folgen des außerhäuslichen Frauenerwerbs, dazu noch die besondere Gefährdung der Unehelichung. Trotz ernster, schon vor Jahren ergangenen Mahnrufe (Hugo Neumann, Tugendreich), trägt der Stand der Kleinkinderfürsorge bisher nach keiner Richtung hin dem Bedürfnis Rechnung. Quantitativ Beträchtliches, wenn auch längst nichts Hinreichendes und noch dazu qualitativ vielfach ganz Unzulängliches, ist lediglich auf dem Gebiete der Krippen und Kleinkinderbewahranstalten (Kindergärten) geleistet. Bedeutende Lücken weist die geschlossene Fürsorge für schwächliche, rekonvaleszente Kinder auf. Brach liegt noch — bis auf die ersten Schritte einer stets sozial fühlenden Kommune — das größte und bedeutungsvollste Gebiet der offenen Kleinkinderfürsorge. Es bedarf daher in erster Reihe des Ausbaues dieser letzteren und zwar auf der breiten Grundlage der offenen Säuglingsfürsorge. Die Einrichtung der sogen. halbgeschlossenen Säuglingsfürsorge, die Krippen und Kindergärten bedürfen einer quantitativen Vermehrung, vielfach aber einer gründlichen Modernisierung im Sinne einer Umwandlung aus bisher vorwiegenden sozialen zu hygienischen Faktoren.

Was die innere Ausgestaltung des Betriebes betrifft, so sollen, um es hier auszudrücken, die ersteren sich mehr als bisher, nach den Grundsätzen der Säuglingshygiene, die letzteren, nach denen der Schulhygiene orientieren. Nach außen hin empfiehlt sich ein örtliches Zusammenarbeiten der beiden Arten von Anstalten miteinander (besonders auch um Unstimmigkeiten zu vermeiden) mit der Kleinkinderfürsorgestelle. Ein besonders großes Bedürfnis besteht nach geschlossenen Anstalten für schwächliche, zurückgebliebene, chronisch kranke Kleinkinder, da die für ältere Kinder geschaffenen Heimstätten, Heilstätten, Seehospize, u. a. Kleinkinder ausschließen oder ihnen vielfach nicht gänzlich gerecht werden.

2. Der zweite Referent, Stadtrat Dr. med. Gottstein-Charlottenburg, spricht über die Organisation der Kleinkinderfürsorge in der Gemeinde. Die Notwendigkeit der Schaffung derartiger Einrichtungen wurde zuerst 1910 von Tugendreich begründet und zwar im April 1911 als kommunale Einrichtung in Charlottenburg organisiert. Die Kleinkinderfürsorge baut sich auf denselben Grundsätzen auf, wie die Säuglingsfürsorge; sie dient der Vorbeugung der für jenes Lebensalter charakteristischen Erkrankungen. Sie erreicht ihr Ziel durch Belehrungen über gesundheitliche Erziehung im allgemeinen und durch Hinweise auf Krankheitsanlagen und Krankheitsanfänge im besonderen. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es der persönlichen Vorstellung und körperlichen Besichtigung aller in Ueberwachung stehender Kinder durch den Arzt in regelmäßigen Zwischenräumen, die größer werden können, als beim Säugling, und der Ueberwachung der Kinder in der Zwischenzeit durch die Fürsorgeschwestern. Die Kleinkinderfürsorge wird, gleichviel ob sie eine rein kommunale Einrichtung ist, oder mit Unterstützung

der Gemeinde durch Wohlfahrtsvereine ausgeübt wird, zweckmäßig in unmittelbarer räumlicher und persönlicher Einheit mit den Säuglingsfürsorgestellen organisiert.

Die Kleinkinderfürsorge muß in sehr nahem Zusammenhange mit der Waisenverwaltung stehen, damit diese die ihr unterstehenden Waisenkinder und unter Generalvormundschaft gestellten Zöglinge, auf die sie einen Einfluß ausüben darf, zur regelmäßigen und gesundheitlichen Ueberwachung den Fürsorgestellen überweist. Die Kleinkinderfürsorge kann, weil in diesem Lebensalter die Ernährung eine geringere Rolle spielt als im Säuglingsalter, der Verabreichung von Milch und Stärkungsmitteln entbehren. Das schließt nicht aus, daß die Leiter der Fürsorge bei unbemittelten Kindern das frühzeitige Eingreifen der Armenverwaltung zur Verabreichung zweckmäßiger Kost vermitteln. Die Kleinkinderfürsorge läßt sich also mit viel geringerem Aufwande organisieren, als die Säuglingsfürsorge; es bedarf nur der Bewilligung der persönlichen Kosten für Aerzte und Schwestern und der geringen Mittel für die Geschäftsführung. Die Kleinkinderfürsorge darf nicht zur Poliklinik für kranke Kinder werden; sie hat im Gegenteil für den regelmäßigen Besuch der in Frage kommenden Bevölkerung, so lange die Kinder gesund sind, Sorge zu tragen. Die Kleinkinderfürsorge muß mit allen anderen sozialhygienischen Einrichtungen der Gemeinden in möglichst engem Zusammenhange stehen. In kleineren Gemeinden stehen ihrer Zusammenlegung mit anderen Fürsorgeeinrichtungen Bedenken nicht entgegen, in größeren Gemeinden ist ihre Selbständigkeit zweckmäßiger. Der Kleinkinderfürsorge muß auch das Recht der Ueberweisung geeigneter Fälle an die Schulzahnklinik, die Tuberkulosefürsorgestellen und Erholungsstätten, wie Heilstätten, gegebenenfalls Krüppelheilstätten usw. unter Wahrung des Zusammenhanges mit den für diese Ueberweisung die Kosten übernehmenden Verwaltungsstätten eingeräumt werden.

Diskussion:

Dr. Tugendreich-Berlin schlägt vor, auch einmal das Gebiet der Kleinkinderfürsorge durch eine Ausstellung zu beleuchten und macht nährere Ausführungen, wie eine solche zu organisieren wäre. Die Ausstellung müßte sich auch mit den Kindergärten und Kinderbewahranstalten beschäftigen.

Dr. Lewandowski-Berlin bespricht von dem Standpunkt der Schulhygiene den unerfreulichen Eindruck der Schulrekrutenuntersuchungen. 10% sämtlicher sechsjähriger Kinder sind zum Schulbesuch untauglich und 30—50% weisen einen körperlichen Defekt auf. Die Kleinkinderfürsorge, also die Fürsorge für das noch nicht schulpflichtige Kind, kann Besserung in dieser Beziehung noch herbeiführen. Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge ist an die Stadt Berlin mit der Bitte herangetreten, bei Neubauten von Schulen darauf Bedacht zu sein, daß Räume für die Kleinkinderfürsorge (Krippen) mit hineingebaut werden. Das ist auch in Berlin schon geschehen. Als Schwierigkeit hat sich herausgestellt, daß der Schularzt für diese Krippen nicht zuständig ist. Er regt an, in solchen Fällen auch dem Schularzt die Aufsicht über die Krippenkinder zu übertragen.

Die Referenten verzichten auf das Schlußwort.

Oberarzt Dr. Rott-Charlottenburg.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. VI.

Bericht über die amtliche Konferenz der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Potsdam im Kaiserin Friedrichhause in Berlin am 2. November 1912.

Anwesend sind die Herren: Reg.-Präsident v. d. Schulenburg, Ob.-Reg.-Räte Dr. v. Wilms und Dr. Witte, Geh. Reg.-Rat Mangelsdorff, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth, sämtliche Kreisärzte und Gerichtsärzte des Bezirks mit Ausnahme des erkrankten Geh. Med.-Rats Dr. Schroeder, Kreisassistenzarzt Dr. Stoll und eine große Zahl kreisärztlich geprüfter Aerzte.

I. Eröffnung und amtliche Verfügungen. Der Herr Regierungspräsident hieß die Erschienenen herzlich willkommen und erteilte das Wort dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth, der zunächst an der Hand der letzten Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Breslau auf die Wichtigkeit dieser Verhandlungen für die öffentliche Gesundheitspflege hinwies und den Medizinalbeamten, den Kreis- und Kommunalverwaltungen den Beitritt zu diesem Verein empfahl.

Im Anschluß daran wurde die von ihm entworfene „Anweisung zur Bekämpfung der Mückenplage und sonstigen Ungeziefers (Fliegen, Ratten)“ zur Verfügung gestellt.

Hinsichtlich des Berichts über den Geburtenrückgang ersuchte Roth auch die Frage der Steigerung der Fehlgeburten und Aborte, namentlich auch der kriminellen zu berücksichtigen. Das Material wird aus den Hebammentagebüchern und der Statistik der Krankenhäuser in Verbindung mit den Aerztevereinen zu gewinnen gesucht werden müssen, wenn es auch auf Vollständigkeit nicht Anspruch erheben kann. Jedenfalls scheint es, daß der illegale Eingriff gegen das keimende Leben außerordentlich zugenommen hat, und zwar nicht nur in den Städten, sondern auch in ländlichen Kreisen. Die Ursachen sind in den gesteigerten Ansprüchen an das Leben, der Zunahme des Prohibitiv-Verkehrs u. a. gelegen. Bei diesen Untersuchungen wird darauf zu achten sein, daß auch die Zunahme der Frauen-Hausarbeit, insbesondere die Beschäftigung mit Giftstoffen (Blei, Nikotin) sowie die besondere Art der Beschäftigung (Nähmaschinenarbeit u. a.) in ursächlicher Beziehung zur Zunahme der Aborte und Fehlgeburten stehen.

Durch die Ausführungsvorschriften vom 18. März 1912 zu den §§ 30 und 75 der viehseuchenpolizeilichen Anordnung von 1. Mai 1912 ist den Kreistierärzten aufgegeben, zweimal jährlich die Molkereien, öffentlichen Schlachthäuser und Abdeckereien zu besichtigen und dabei, soweit erforderlich, sich der Mitwirkung des Kreisarztes zu bedienen. Durch die Verfügungen vom 9. Mai und 29. Mai d. Js. sind die Kreistierärzte des hiesigen Bezirks angewiesen worden, die Besichtignngen der Sammelmolkereien, der öffentlichen Schlachthäuser und Abdeckereien, sofern gesundheitspolizeiliche Interessen in Frage kommen, in Gemeinschaft mit den Kreisärzten vorzunehmen. Von diesen Verfügungen haben die Kreisärzte Abschrift erhalten. Unter Hinweis auf die §§ 18, 79, 80 der Dienstanweisung wurden die Kreisärzte ersucht, auch ihrerseits von dieser Requisitionsbefugnis Gebrauch zu machen und mindestens einmal jährlich die genannten Anlagen in Gemeinschaft mit dem Kreistierarzt zu besichtigen.

Unter Bezugnahme auf den Ministerial-Erlaß vom 29. Juli d. J. (1778) wurden die Kreisärzte nochmals ersucht, die Bestrebungen des Deutschen Vereins für Volks-Hygiene auf alle Weise zu fördern, namentlich auch dadurch, daß die örtlichen Zweigvereine die Fürsorge-Bestrebungen auf dem Gebiete der Bekämpfung des Alkoholismus, der Säuglingssterblichkeit, der Tuberkulose, der Schulzahnpflege usw. in die Hand nehmen.

Endlich wies der Regierungs-Medizinalrat auf die Segnungen der Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamten-Ver-

eins hin mit der Mahnung an die im Dienst befindlichen Medizinalbeamten, soweit es noch nicht geschehen, der Stiftung als Mitglieder beizutreten.

II. Ueber den gegenwärtigen Stand des schulärztlichen Dienstes im Regierungsbezirk Potsdam.

„Der Berichterstatter Kreisarzt Dr. Nowack-Potsdam hatte seinen Ausführungen folgende Leitsätze zu Grunde gelegt:

1. Schulärzte gibt es im Bezirk fast nur in Berliner Vororten der Kreise Niederbarnim und Teltow und in den Stadtkreisen. Ein weiterer Ausbau des schulärztlichen Dienstes ist daher notwendig.
2. Der schulärztliche Dienst ist in jedem Fall durch eine Dienstordnung zu regeln, die von der Regierung zu genehmigen ist.
3. Sämtliche Schulärzte im Bezirk mit einer einzigen Ausnahme sind nebenamtlich angestellt. In größeren Städten, wo die Zahl der Schulkinder groß genug ist, sind Schulärzte im Hauptamt anzustellen.
4. Die Jahresberichte der Schulärzte sind durch die Hand des Kreisarztes der Regierung einzureichen.
5. Der schulärztliche Dienst darf sich nicht auf die Volksschulen beschränken, sondern ist auf die höheren Schulen auszudehnen."

Schulärzte gibt es im Bezirk in den Stadtkreisen, sowie in größerer Anzahl nur in den Berliner Vororten der Kreise Niederbarnim und Teltow, wo in je einigen 20 Orten Schulärzte angestellt sind. In den Kreisen Angermünde, Oberbarnim, Beeskow-Storkow, Prenzlau, Templin, Zauch-Belzig fehlen Schulärzte noch gänzlich. Im Kreise Osthavelland sind Schulärzte vorhanden in Velten, Kremmen, Ketzin, im Kreise Westhavelland in Rathenow und Rhinow, im Kreise Jüterbog-Luckenwalde in Jüterbog und Luckenwalde, im Kreise Ostprignitz in Pritzwalk und Freyenstein, im Kreise Westprignitz in Perleberg und Wittenberge, im Kreise Ruppin in Neuruppin und Gransee. Insgesamt haben von den Schulverbänden mit mehr als 10000 Einw. alle bis auf einen — Prenzlau — Schulärzte angestellt. In mehreren Orten, in denen der Angabe nach zwar Schulärzte tätig sind, kann jedoch von einem geregelten schulärztlichen Dienst keine Rede sein, weil zwar eine Untersuchung der eintretenden Schulkinder stattfindet, eine regelmäßige ärztliche Kontrolle aber fehlt oder weil überhaupt der sogenannte Schularzt nur auf Ersuchen der Schulleiter zur Begutachtung kranker oder krankheitsverdächtiger Kinder zugezogen wird (Rathenow, Oranienburg). Ein derartiger schulärztlicher Dienst kann natürlich als ausreichend nicht angesehen werden, weil dabei der erste Grundsatz des schulärztlichen Dienstes, die dauernde regelmäßige gesundheitliche Ueberwachung aller Schulkinder, nicht erfüllt wird. Es ist daher erforderlich, daß der schulärztliche Dienst in jedem Fall durch eine Dienstordnung geregelt wird, die von der Regierung zu genehmigen ist. Es ist auch empfehlenswert, daß ein Muster für den Entwurf einer Dienstordnung veröffentlicht wird.

Sämtliche Schulärzte versehen ihren Dienst im Nebenamt mit Ausnahme von Weißensee, wo seit 1907 ein Schularzt im Hauptamt angestellt ist. Zur Frage, ob es zweckmäßiger ist, einen Schularzt im Hauptamt oder mehrere Schulärzte im Nebenamt anzustellen, wird zu Gunsten der nebenamtlichen Schulärzte angeführt, daß diese wegen ihrer größeren Anzahl gleichzeitig an vielen Stellen arbeiten können, was z. B. für die Lernanfängeruntersuchungen, die alle im Anfange des Schuljahres erledigt werden sollen, von großer Wichtigkeit sei. Der hauptamtliche Schularzt müsse hiergegen die schulärztlichen Arbeiten, da er einen weit größeren Bezirk zu versorgen hat, mehr nach und nach vornehmen. Dem ist entgegenzuhalten, daß die nebenamtlichen Schulärzte ihren Pflichten öfter nicht mit der genügenden Pünktlichkeit nachkommen können, weil sie durch private Verpflichtungen aufgehalten werden, und daß infolgedessen Störungen des schulärztlichen Dienstes eintreten. Solche Störungen werden sich gerade zu den Zeiten der Einschulung hauptsächlich bemerkbar machen, weil dann ein größerer Zeitaufwand von dem Schularzt gefordert wird. Wenn ferner, wie dies vielfach im Bezirk geschieht, die Untersuchung der neu eingeschulten Kinder in zwei Untersuchungen zerlegt

wird — die erste flüchtige Untersuchung und die genauere Untersuchung —, wird die behauptete Ueberlegenheit mehrerer nebenamtlicher Schulärzte über einen hauptamtlichen von vornherein hinfällig. Die erste flüchtige Untersuchung der neu eingeschulten Kinder findet in den ersten Tagen nach Beginn des Schulunterrichts oder noch besser vor der Einschulung statt. Dieser Untersuchung, die den Zweck hat, Kinder mit ansteckenden Krankheiten der Schule fernzuhalten und Zurückstellung oder Ueberweisung an eine Fachschule oder Spezialanstalt vorzuschlagen, können in kürzester Zeit zahlreiche Kinder unterzogen werden. Nur mit dieser Untersuchung hat es auch Eile. Erst mehrere Wochen später, wenn sich die Schulrekruten an den Schulbesuch gewöhnt haben, erfolgt die genauere Untersuchung und die Ausfertigung des Gesundheitsscheines.

Gegen das System des hauptamtlich angestellten Schularztes werden noch folgende Bedenken geltend gemacht: Bei der großen Zahl der einem einzelnen übertragenen Schulen, bestehe die Gefahr, daß die genaue Kenntnis der einzelnen Schüler verloren geht. Dem ist entgegenzuhalten, daß diese Gefahr auch beim System der nebenamtlich angestellten Schulärzte besteht. In der Regel hat ein nebenamtlicher Schularzt eine bis zwei Schulen zu versorgen; das sind etwa 800 bis 2000 Schulkinder. Schon bei dieser Anzahl wird von einer genauen Kenntnis der einzelnen Schüler keine Rede sein können. Ueber die angebliche Gefahr, daß die ausschließliche Tätigkeit im schulärztlichen Dienste eine gewisse Einseitigkeit bedinge, brauchen wohl erst keine Worte weiter verloren zu werden. Es sind dies dieselben falschen Ansichten, mit denen auch die Zweckmäßigkeit der nichtvollbesoldeten Kreisärzte verteidigt zu werden pflegt.

Es erscheint weiterhin durchaus nicht als zweckmäßig, wenn, wie in größeren Städten, eine größere Anzahl von Schulärzten den Dienst versieht. Potsdam hat 9, Spandau 8, Cöpenick 6 Schulärzte.

Die Entschädigung, die den nebenamtlich angestellten Schulärzten gezahlt wird, besteht meist in einer Bauschsumme, die im allgemeinen gering ist in anbetracht der vielerlei Pflichten, die dem Schularzt durch die Dienstordnung auferlegt werden, und deren gewissenhafte Befolgung einen erheblichen Zeitaufwand bedingt. In Klein-Schönebeck, Kreis Niederbarnim, erhält der Schularzt für die Versorgung von 2 Schulen 200 Mark jährlich; in Cöpenick beträgt das Honorar für die 6 Schulärzte je 250 M. bei je 700 bis 800 Kindern; in Luckenwalde erhalten die beiden Schulärzte für je 2 Schulen je 400 M. In anderer Weise wird in Tegel die Entschädigung berechnet; dort erhält der Schularzt für jede Klasse 20 M. jährlich. In neuerer Zeit sind manche Gemeinden bei Anstellung der Schulärzte dazu übergegangen, die Entschädigung nach der Zahl der Schulkinder zu berechnen; z. B. in Adlershof (Kreis Teltow), wo 25 Pfg. für das Kind und Halbjahr, also 50 Pfg. jährlich, in Lübars-Waidmannslust (Kreis Niederbarnim), in Johannisthal und Alt-Glienicke (Kreis Teltow) dagegen jährlich 1 M. für das Kind gewährt werden. Die letztgenannte Entschädigung kann für durchaus angemessen gelten. Bei Berechnung der Entschädigung nach der Zahl der Schulkinder wird namentlich dort, wo die Schülerzahl stärkeren Schwankungen unterliegt, auch das Interesse der Gemeinde wie des Schularztes am besten gewahrt.

In kleineren Städten werden allerdings die Kosten für die Anstellung eines hauptamtlichen Schularztes zu hoch sein. Eine Zusammenlegung der Aufgaben des Schularztes und des Stadtarmenarztes, wie vorgeschlagen ist, würde vielleicht in manchen Fällen die Anstellung im Hauptamt noch ermöglichen und sich dadurch auch die Schwierigkeit bei der Befolgung der schulärztlichen Ratschläge durch die Eltern vermindern lassen, weil dann der hauptamtlich tätige Schularzt in seiner Eigenschaft als Armenarzt die Behandlung entweder selbst übernehmen, oder die Ueberweisung an Spezialärzte wenigstens überwachen kann.

Für größere Städte sind Schulärzte im Hauptamt grundsätzlich vorzuziehen in Anbetracht der zahlreichen Aufgaben des Schularztes, deren weitere Vermehrung noch zu erwarten ist, und zu deren Erfüllung nur jemand geeignet ist, der diese Tätigkeit als Hauptberuf ausübt und nicht nur nebenher betreibt.

Die Tätigkeit der Schulärzte entzieht sich mehr oder minder der Kenntnis

der Kreisärzte und der Medizinalverwaltung der Regierung, obwohl beide Stellen das größte Interesse daran haben, möglichst viel über die Tätigkeit der Schulärzte zu erfahren. Von den Kreisärzten des Bezirks ist selbst niemand Schularzt. Ob es überhaupt im Interesse beider Teile liegt, wenn die Kreisärzte nebenamtlich angestellte Schulärzte würden, bleibe dahingestellt. Die einzige Gelegenheit, bei der Kreisarzt und Schularzt miteinander in Berührung kommen, sind die amtsärztlichen Schulbesichtigungen, zu denen der Schularzt zugezogen wird, also alle 5 Jahre einmal. Es wäre nun schon viel gewonnen, wenn die Jahresberichte der Schulärzte, die überall dort, wo ein geregelter schulärztlicher Dienst eingerichtet ist, durch die Dienstordnung vorgeschrieben sind, zur Kenntnis der Kreisärzte kämen. Dadurch würden die Kreisärzte nicht nur einen Einblick in die Tätigkeit der Schulärzte gewinnen, von der sie jetzt mitunter keine Ahnung haben, sondern die betreffenden Jahresberichte würden ihnen auch eine wertvolle Ergänzung für die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen sein, die bei den alle 5 Jahre einmal stattfindenden Besichtigungen natürlich lange nicht so eingehend sein kann wie durch die Schulärzte. Da die gesundheitliche Ueberwachung der Schulen so wie so den Kreisärzten nach der Dienstanweisung obliegt, ist nicht zu befürchten, daß etwa die Gemeinden die Forderung, den Kreisärzten von den Jahresberichten der Schulärzte Kenntnis zu geben, als einen unliebsamen Eingriff in ihre Selbstverwaltung empfinden und sich dadurch bestimmen lassen würden, von der Anstellung von Schulärzten abzusehen. Ferner müßte stets in die Dienstordnungen für die Schulärzte die Bestimmung aufgenommen werden, daß die Jahresberichte der Regierung einzureichen sind, weil auch für den Reg.- und Med.-Rat die Jahresberichte das einzige Mittel sind, durch das er über die schulärztliche Tätigkeit im Bezirk dauernd auf dem Laufenden erhalten bleiben kann. Die zweckmäßigste Lösung würde die sein, daß die Jahresberichte der Schulärzte durch die Hand des Kreisarztes der Regierung einzureichen sind.

Die Schulärzte üben ihre Tätigkeit fast ausnahmslos an Volksschulen aus, nur in Cöpenick ist auch an der Realschule ein Schularzt tätig, dessen Dienstanweisung vom Provinzialschulkollegium genehmigt ist. Auch bei Einrichtung des schulärztlichen Dienstes in Friedrichshagen im Jahre 1899 erstreckte sich dieser auch auf das Progymnasium und die höhere Privat-Mädchenschule. Von diesen wenigen Ausnahmen abgesehen, fehlen aber an den höheren Schulen Schulärzte. Die Anstellung von Schulärzten für die höheren Schulen wird von den Gemeinden für nicht so wichtig gehalten, weil die betreffenden Kinder meist aus Familien stammen, in denen an sich schon auf den Gesundheitszustand der Kinder geachtet werde und auch der Arzt im Elternhause regelmäßig zu erscheinen pflege. Beide Gründe treffen jedoch für die Entbehrlichkeit des Schularztes an höheren Schulen nicht zu; denn erstens ist heutzutage die Einrichtung des Hausarztes so gut wie nirgends mehr zu finden; infolgedessen kann auch von einer regelmäßigen ärztlichen Ueberwachung der Kinder im Elternhause keine Rede sein, und zweitens soll ja der Schularzt in erster Linie den gesundheitlichen Gefahren, denen die Kinder durch den Schulbesuch ausgesetzt sind, vorbeugen, also eine Tätigkeit ausüben, die von der des behandelnden Arztes ganz verschieden ist, wenn auch beide Aerzte Hand in Hand arbeiten sollen. Für die höheren Schulen sind aber Schulärzte mindestens ebenso nötig, wenn nicht noch nötiger als für die Volksschulen, da das Schülermaterial der höheren Schulen im allgemeinen zarter besaitet ist und deshalb in höherem Maße der gesundheitlichen Ueberwachung bedarf. Unhygienische Zustände herrschen gerade in den höheren Schnlen häufig, weil sie noch vielfach in älteren Schulhäusern untergebracht sind. Die Provinzialschulkollegien haben auch keinen Hygieniker als Beirat, wie es der Reg.- und Med.-Rat an den Regierungen ist. Deshalb darf der schulärztliche Dienst sich nicht auf die Volksschulen beschränken, sondern ist auf die höheren Schulen auszudehnen.

In der Diskussion äußerste Ob.-Reg.-Rat Witte zu dem Punkte bezügl. Einführung einer schulärztlichen Dienstordnung, daß er den Erlaß einer solchen für nötig halte. Die Gemeinden legten der Schulabteilung der Regel nach die Dienstordnung zur Genehmigung vor, die dann zunächst ohne wesentliche Aenderungen erteilt worden sei. In dieser Dienstordnung müßten die Kompetenzen des Schularztes genau umschrieben sein. Es sei vor-

gekommen, daß Schulärzte selbständig Kinder beurlaubt hätten; dies sei unzulässig. Die wichtige Frage: „Schularzt im Haupt- oder Nebenamt“ sei noch ungelöst; es existiere bis jetzt im Bezirk nur 1 Schularzt im Hauptamt. Ueber die Tätigkeit der Schulärzte im Nebenamt sei nicht zu klagen; sie haben ihre Aufgaben stets erfüllt, so daß man noch mit der kategorischen Forderung des Hauptamtes abwarten solle.

Was die Einreichung der schulärztlichen Berichte durch die Kreisärzte an die Regierung anbetreffe, so sei Vorsicht geboten, weil die Einrichtung z. Z. nur auf der Freiwilligkeit der Gemeinden beruhe. Ihre Freudigkeit würde vielleicht unterbunden, wenn weitergehende Forderungen gestellt würden. Der Zweck, den der Leitsatz 4 verfolge, ließe sich dadurch erreichen, daß die Schulabteilung die Zusammstellung den Kreisärzten zugängig mache.

Herr Regierungspräsident: Die Schulabteilung steht mit Recht auf dem Standpunkt, daß die Anstellung von Schulärzten nötig ist; ein Zwang läßt sich aber nicht ausüben; es muß also danach gestrebt werden, daß dies freiwillig geschieht. Hierfür sind Anregungen von ärztlicher Seite dringend erwünscht; dann ist zu hoffen, daß weitere Fortschritte gemacht werden.

Ich verstehe die Leitsätze so, daß sie nicht bindende Normen enthalten sollen, sondern nur Anregungen, nach denen wir arbeiten und Ziele darstellen sollen, die wir so weit möglich erreichen wollen. Da kommt es darauf an, daß wir Schulärzte bekommen, wenn nicht im Haupt-, dann im Nebenamt. Die Frage ist nicht so einfach, daß man schematisieren darf. Der Bericht aus Charlottenburg bezeichnet prinzipiell auch das Hauptamt als wünschenswert, betont aber, die Erfahrungen über das Nebenamt seien derartige, daß man es nicht als schlecht bezeichnen könne. Wir wollen also nicht schematisieren, sondern nur dahin streben, das wir überhaupt Schulärzte bekommen. Ich stimme Herrn Ob.-Reg.-Rat Witte darin bei, daß eine Dienstordnung vorgesehen wird. Bei ihrer Formulierung darf man aber wiederum nicht schematisieren, sondern muß von Fall zu Fall entscheiden. Auch einer scharfen Abgrenzung der Befugnisse der Schulärzte stimme ich bei. Die Erstattung von Jahresberichten wird grundsätzlich gefordert, aber zurückgestellt werden müssen, wenn daran in Einzelfällen die Anstellung von Schulärzten scheitern sollte. Was den Weg betrifft, auf dem die Jahresberichte mir einzureichen sind, so glaube ich, daß im allgemeinen das Vertrauensverhältnis zu den Gemeinden und Aerzten des Kreises ein so gutes ist, daß die Schulärzte den Kreisärzten, d. h. den amtlichen Stellen, ihre Beobachtungen zur Orientierung gern mitteilen und daß deshalb auch die Gemeinden sich an der Vermittelung durch die Kreisärzte nicht stoßen werden. Anderseits stimme ich Herrn Ob.-Reg.-Rat Witte darin bei, daß, wenn eine Gemeinde hieran Anstoß nehmen sollte, auf die Vermittelung des Kreisarztes für die Ueberreichung der Berichte zu verzichten sein würde.

Kreisarzt Dr. Struntz bekommt die Berichte und hat keine schlechten Erfahrungen gemacht.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth: Die Leitsätze sind nur Anhaltspunkte und keine bindenden Normen; den Bedenken wird durch die von mir in Vorschlag zu bringenden Abänderungen Rechnung zu tragen sein. Danach wird im Leitsatz 2 einzufügen sein: „möglichst in jedem Fall.“ Bezüglich Nr. 3 ist zu bemerken, daß der Schularzt im Hauptamt jedenfalls das Ideal ist, weil ihm nicht blos die Beratung, sondern auch die Behandlung obliegt, nur ist dies Ideal nicht immer zu erreichen. In größeren Städten werden die Schulärzte in der Regel im Hauptamt anzustellen sein. Von großer Wichtigkeit ist die Heranziehung der Gemeindeschwestern bei den Untersuchungen. Sie können die Anregungen mit größerem Verständnis verfolgen, die Durchführung besser überwachen und auch außerhalb der Schulzeit entsprechende Kontrolle ausüben.

Ich schlage daher vor, im Leitsatz 2 vor „in jedem Falle“ einzuschalten: „möglichst“ und im Leitsatz 3 zu sagen „werden in der Regel Schulärzte im Hauptamt anzustellen sein“.

Im Leitsatz 4 sind die Worte: „es ist dringend erwünscht, daß die . . . .“ einzufügen und als Leitsatz 5 „Wo Gemeindeschwestern angestellt sind, sollen

sie tunlichst stets den schulärztlichen Untersuchungen beiwohnen, um die Art des Leidens und die ärztlichen Ratschläge kennen zu lernen und auf deren Durchführung in den Familien hinzuwirken."

Die Leitsätze würden danach folgende Fassung erhalten:

„1. Schulärte gibt es im Bezirk fast nur in Berliner Vororten der Kreise Niederbarnim und Teltow und in den Stadtkreisen. Ein weiterer Ausbau des schulärztlichen Dienstes ist daher notwendig.

2. Der schulärztliche Dienst ist möglichst in jedem Fall durch eine Dienstordnung zu regeln, die von der Regierung zu genehmigen ist.

3. Sämtliche Schulärzte im Bezirk mit einer einzigen Ausnahme sind nebenamtlich angestellt. In größeren Städten, wo die Zahl der Schulkinder groß genug ist, werden in der Regel Schulärzte im Hauptamt anzustellen sein.

4. Es erscheint dringend erwünscht, daß die Jahresberichte der Schulärzte durch die Hand des Kreisarztes der Regierung eingereicht werden.

5. Wo Gemeindeschwestern angestellt sind, sollen sie tunlichst stets den schulärztlichen Untersuchungen beiwohnen, um die Art des Leidens und die ärztlichen Ratschläge kennen zu lernen und auf deren Durchführung in den Familien hinzuwirken.

6. Der schulärztliche Dienst darf sich nicht auf die Volksschulen beschränken, sondern ist auf die höheren Schulen auszudehnen."

Ob.-Reg.-Rat Witte: Die Anregung des Vorredners bezüglich der Gemeindeschwestern ist sehr zu empfehlen. Charlottenburg hat eine Schulschwester angestellt, damit die ärztlichen Ratschläge auch durchgeführt werden, weil darüber geklagt worden ist, daß die Eltern die Anregungen unberücksichtigt lassen. Dies hat sich als sehr nützlich erwiesen; in Charlottenburg ist hierdurch ein höherer Prozentsatz in Behandlung gebracht worden.

Herr Regierungspräsident nimmt an, daß die Leitsätze in der abgeänderten Form des Reg.- u. Med.-Rats angenommen werden; er regt noch an, daß die Kreisärzte bei ihren Revisionen den Schularzt zuziehen und konstatiert, daß hierüber seitens der Kreisärzte keine Meinungsverschiedenheit besteht. Die praktische Konsequenz würde eine Rundverfügung sein.

III. Schulzahnpflege. Der Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Aust-Nauen, hatte die nachstehenden Leitsätze aufgestellt:

„1. Die fortgesetzten Untersuchungen namhafter Aerzte haben übereinstimmend ergeben, daß etwa 96% aller Menschen im schulpflichtigen Alter an kariösen Zähnen leiden.

2. Die ärztliche Beobachtung und Erfahrung hat festgestellt, daß kariöse Zähne und eine mangelhafte Zahnpflege nicht nur Verdauungskrankheiten, Blutarmut im Entwicklungsalter, sowie frühzeitige Alterung, Arteriosklerose im späteren Alter zur Folge haben, sondern auch die Uebertragung von ansteckenden Krankheiten (Influenza, Diphtherie, Scharlach, Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Strahlenpilzkrankheit) begünstigen.

3. Die Zahnfäule kann daher mit vollem Recht als eine Volkskrankheit bezeichnet werden, deren Beseitigung und Verhütung im Interesse einer Ertüchtigung unseres Geschlechts vom gesundheitlichen, wirtschaftlichen und nationalen Standpunkt eine unabweisbare Pflicht aller maßgebenden und beteiligten Kreise ist.

4. Die Bekämpfungsmaßregeln dürfen sich nicht nur auf eine Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit einer regelmäßigen Mund- und Zahnpflege, sowie eine schulärztliche Behandlung beschränken, sondern müssen bei der Indolenz weitester Kreise darin bestehen, daß dem Volke bis in die besseren Kreise hinein zahnärztliche Untersuchung, Ueberwachung und Behandlung angeboten wird.

5. Es ist durchaus wünschenswert, daß diese Ueberwachung und Beratung so früh wie möglich, also bereits vom 3. Lebensjahre an, einsetzt.

6. Unumgänglich notwendig ist die zahnärztliche Ueberwachung, Beratung und Hilfe im schulpflichtigen Alter:

a) weil zur Zeit des Zahnwechsels, der ohnehin für die körperliche Entwicklung der Jugend einen Stillstand mit sich bringt, die Gefahr der Gebißverschlechterung am größten ist;

b) weil die gesamte Bevölkerung die Schule durchmachen muß, und der Mensch in diesem Alter für alle Aufklärung, Belehrung und Erziehung am empfänglichsten ist.

Bei der großen Wichtigkeit der Zahnpflege im schulpflichtigen Alter muß die Schule dieselbe als einen integrierenden Teil der Schulgesundheitspflege betrachten und sie selbst in die Hand nehmen.

7. Die Kreisärzte sind durch § 97 der Dienstanweisung verpflichtet, mit allem Nachdruck auf Einführung der Schulzahnpflege hinzuwirken.

8. In den Städten und größeren ländlichen Kommunen ist es Aufgabe der schulunterhaltungspflichtigen Gemeinden, die Mittel zur Durchführung einer planmäßigen Schulzahnpflege zur Verfügung zu stellen; die leistungsunfähigen kleinen Landgemeinden sind dazu in der Regel nicht imstande, hier wird die Kreisverwaltung die Unkosten übernehmen müssen.

In allen Fällen darf sich die unentgeltliche zahnärztliche Behandlung aber nur auf die Kinder zahlungsunfähiger Eltern erstrecken, während zahlungsfähige Eltern die tatsächlichen Unkosten zu ersetzen haben.

9. Die schulzahnärztliche Untersuchung der Schulkinder soll durch einen approbierten Zahnarzt als Schulzahnarzt im Haupt- und Nebenamt, tunlichst in Gegenwart des Schularztes bezw. des Kreisarztes erfolgen, die schulzahnärztliche Behandlung durch den Schulzahnarzt allein, doch muß die Schulzahnpflege immer nur ein Zweig der unter der Aufsicht des Schul- bezw. Kreisarztes stehenden Schulgesundheitspflege bleiben, damit durch ihre Abtrennung nicht wichtigere Aufgaben der Schulhygiene in den Hintergrund gedrängt werden.

10. Die Ausführung der Schulzahnpflege erfolgt am zweckmäßigsten in den Städten durch Zentralisation in besonderen geeigneten Räumen, auf dem Lande durch Wanderschulzahnkliniken."

Der jüngste Zweig an dem lebenskräftigen Baume der Schulgesundheitspflege ist die zahnärztliche Fürsorge für die Schuljugend. Man hat in Laienkreisen, selbst der gebildeten Bevölkerung, mit Befremden gefragt, wie die Zahnflege in die Schulhygiene einbezogen werden könne, da der Schulbesuch doch die Zahnfäule weder hervorrufe, noch deren Entstehung und Verbreitung begünstige. So zu treffend im allgemeinen die in der Begründung ausgesprochene Ansicht ist, so wenig entspricht die Begründung selbst der Auffassung von dem Hauptziel aller Schulerziehung, ein geistig und körperlich gesundes und widerstandsfähiges Geschlecht heranzubilden. Von diesem weiten, aber einzig richtigen Gesichtspunkte aus muß selbst auf anscheinend geringfügige krankhafte Veränderungen der Schuljugend geachtet werden, um ihren verderblichen oft fürs ganze Leben nicht wieder gut zu machenden Folgen vorzubeugen. Wer aber die Zahnfäule in ihrer heutigen Ausdehnung und mit ihren Folgen noch für geringfügig hält, der wohne einer einzigen zahnärztlichen Untersuchung von Schulkindern (oder Rekruten) bei, um eines anderen belehrt zu werden.

Wie bekannt, haben bereits Ende des vorigen und anfangs dieses Jahrhunderts mehrere große Stadtkommunen (wie Straßburg, Darmstadt, Cöln, Altona) auf Empfehlung weitblickender Aerzte und Zahnärzte den Zustand der Zähne der Schulkinder in den Bereich der planmäßigen schulärztlichen Ueberwachung gezogen. Die Feststellungen dieser ersten schulzahnärztlichen Untersuchungen haben die erschreckende Tatsache ans Licht gebracht, daß kaum 5 Prozent aller Schulkinder ein gesundes Gebiß besitzen, alle übrigen aber an der Zahnfäule leiden, eine Tatsache von so großer Tragweite für den Gesundheitszustand des Volkes, daß die maßgebenden Stellen an ihr nicht stillschweigend vorübergehen dürfen, ohne sich den berechtigten Vorwurf der Gleichgültigkeit gegenüber einer Volkskrankheit im weitesten Sinne des Wortes auszusetzen. In der anfänglich sehr langsamen Entwickelung der schulzahnärztlichen Bestrebungen in den Großstädten trat dann auch eine erfreuliche Wendung ein, als auf die Initiative des Herrn Min.-Dir. Prof. Dr. Kirchner im Februar 1909 das „Deutsche Zentral-Komitee für Zahnpflege in den Schulen" gegründet wurde, das sich die Aufgabe stellt, durch möglichst weite Verbreitung gemeinverständlicher Schriften über vernünftige Zahnpflege die Bevölkerung aufzuklären, an möglichst vielen Orten die Begründung von Lokalkomitees zur Errichtung von Schulzahnkliniken anzuregen, sie durch einmalige und fortlaufende Beihilfen und durch Entsendung von Wanderrednern zu unterstützen. Seit dieser Zeit sind einige erfreuliche Fortschritte zu verzeichnen

gewesen; gegen Ende 1911 bestanden bereits in über 100 größeren Gemeinden und Kreisen der Monarchie eine geordnete Schulzahnpflege.

Im hiesigen Regierungsbezirk ist der Kreis Osthavelland der erste ländliche Kreis gewesen, der auf Anregung des Herrn Geheimrats Dr. Roth und durch die Initiative des Herrn Landrats von Hahnke im Jahre 1910 für einen Versuch der ländlichen Schulzahnpflege die jährliche Summe von 2000 M. aussetzte. Von sämtlichen 17 Kreisarztbezirken haben 11 gar keine Schulzahnpflege. Aus den übrigen sechs ist betreffs der Schulzahnpflege folgendes zu melden: Im Kreise Oberbarnim hat die Stadtverwaltung von Eberswalde im April d. J. eine nach den Mitteilungen des Kreisarztes allen neuzeitlichen Anforderungen entsprechende Schulzahnklinik eingerichtet. In einem besonderen mit einem Kostenanfwand von 3000 M. als Zahnklinik ausgestatteten Raume werden allwöchentlich an jedem Montag von einem Zahnarzt eine Stunde lang Untersuchungen ausgeführt, während an allen übrigen Wochentagen je 2 Stunden Behandlung stattfindet. Zahnärztliches Honorar: 2000 M.; Betriebskosten 1000 M. jährlich.

Im Kreise Ostprignitz besteht seit 1911 auf dem Gute Retzin ebenfalls eine geordnete Schulzahnpflege. Leider handelt es sich hier nur um 30 Schulkinder, die von einem Perleberger Zahnarzt im Ort untersucht und in seinem Sprechzimmer behandelt werden. Die Gutsverwaltung stellt das Fuhrwerk und trägt 1 M. Unkosten für jedes Kind, während von den Eltern ebenfalls 1 M. für jedes Kind beigesteuert wird, und die sonstigen Unkosten, namentlich für Material der Zahnarzt selbst im Interesse der guten Sache trägt. Die Berichte des Zahnarztes sind sehr charakteristisch: Im 1. Jahre wurden bei den 30 Kindern 126 Füllungen und 76 Extraktionen ausgeführt, im 2. Jahre waren nur noch 17 Füllungen und 6 Extraktionen nötig.

Im Kreise Teltow besitzt nur die Gemeinde Grunewald eine planmäßige Schulzahnpflege. Ein Charlottenburger Zahnarzt untersucht und behandelt die Kinder in einem Raume des Schulgebäudes wöchentlich 2 Stunden lang gegen eine Jahresentschädigung von 600 M. Die Einrichtungskosten betrugen hier 820 M.

Im Kreise Ostprignitz haben 3 Städte — Kyritz, Pritzwalk und Wittstock — 2 mal alljährlich zahnärztliche Untersuchungen aller Schulkinder ohne Behandlung eingeführt, mit einem Kostenaufwand von 15 Pf. für jedes Schulkind.

Im Kreise Zauch-Belzig besitzen die Städte Belzig und Treuenbrietzen eine anscheinend recht gute Schulzahnpflege. In beiden Orten werden zu Beginn des Sommer- und Winterhalbjahres alle Volksschulkinder in der Schule untersucht und im weiteren Verlaufe jedes Halbjahres in der Sprechstunde behandelt. Mit der Behandlung ist je ein ortsansässiger Zahntechniker seitens der Stadt betraut.

In Prenzlau hat das Seminar in diesem Jahre einen Vertrag mit einem Zahnarzt abgeschlossen, wonach er gegen ein Honorar von 3 M. pro Kopf und Jahr je 2 Extraktionen und 2 Amalgam- oder Zementfüllungen zu leisten hat, für weitere Verrichtungen aber nach der Minimaltaxe mit Abzug von 20 Proz. honoriert wird. Für die Volksschule hat die Stadt Prenzlau nach einigen unentgeltlich ausgeführten Vorversuchen 600 M. für Behandlung der dringendsten Fälle ausgesetzt. Die Einrichtung einer geregelten Schulzahnpflege ist geplant.

Nun einiges über die Schulzahnpflege im Kreise Osthavelland:

Da in Nauen, sowie überhaupt im Kreise Osthavelland ein approbierter Zahnarzt nicht ansässig ist, mußte eine auswärts wohnende geeignete Kraft gesucht werden, die in dem Berliner Zahnarzt Ebermann, einem auf dem Gebiete der Jugendzahnpflege durch seine Tätigkeit an den Berliner Waisenhäusern erfahrenen Fachmann gefunden ist. Er wurde durch einen Vertrag auf seine Tätigkeit im Kreise verpflichtet.

Einen der vielen in der Kreisstadt und anderen Orten des Kreises ansässigen Zahntechniker mit der Schulzahnpflege zu betrauen, wurde nicht für angebracht gehalten, da sie zu den nicht approbierten Heilpersonen gehören, denen Behörden amtliche Funktionen nach § 29 der Gewerbeordnung nicht übertragen dürfen, die also auch nur bei der Unmöglichkeit der Heranziehung eines approbierten Zahnarztes in Frage kommen können. Daß auch Zahntechniker oder wie sich einige nennen, Zahnkünstler recht Gutes

leisten können, soll damit nicht bestritten werden. Das zeigt beispielsweise auch die anscheinend sehr gute Einrichtung der Schulzahnpflege in Treuenbrietzen und Belzig.

Die organisatorische Leitung der Schulzahnpflege im Kreise hat sich der Berichterstatter vorbehalten, in der Art, daß er zunächst in Gemeinschaft mit dem Schulzahnarzt auf einer Informationsreise die Kinder der Schulen einiger geographisch zusammengehöriger Gemeinden untersucht und den Befund in besondere bereit gehaltene Listen eintragen läßt. Jede einzelne Klassenuntersuchung der reiferen Schüler wird durch einen Hinweis auf die Wichtigkeit der Zahn- und Mundpflege und die Folgen ihrer Vernachlässigung eingeleitet. Diese kreisärztliche Leitung ist durchaus notwendig in allen Schulen, die keinen besonderen Schularzt besitzen, nicht nur im Interesse der kreisärztlichen Autorität, die ihren Einfluß auf die Gestaltung und Ausdehnung der Schulgesundheitspflege unverkürzt behalten soll, sondern auch im Interesse der Schulen selbst, um den Kindern und unmittelbar auch den Eltern äußerlich die Bedeutung vor Augen zu führen, die der Sache seitens der Behörden beigelegt wird. Außerdem wird der Connex der Kreismedizinalbeamten mit den Schulen im beiderseitigen Interesse ein engerer, als er durch die vorgeschriebenen 5jährigen Schulbesichtigungen ist. Auch wird der Kreisarzt und Schularzt besser in der Lage sein, als der Zahnarzt, die Beziehungen der Zahnkrankheiten zu sonstigen Erkrankungen und zur allgemeinen körperlichen Entwickelung der Schuljugend festzustellen und zu studieren.

In den Orten mit einem Schularzt, die allerdings unter ländlichen Gemeinden nur sehr vereinzelt zu finden sind, ist dessen Anwesenheit aus gleichen Gründen erwünscht. Sie kann die Bedeutung der Schulzahnpflege in den Augen der Kinder, Lehrer und Eltern nie beeinträchtigen, sondern nur heben und ist am besten geeignet, Unstimmigkeiten zwischen Aerzten und Zahnärzten vorzubeugen.

In den ländlichen Kreisen ist im allgemeinen dadurch eine zu starke Inanspruchnahme der Kreisärzte nicht zu befürchten. Selbst bei intensiven Betriebe in einem ausgedehnten Kreise würde kaum häufiger als alle 3—4 Wochen eine Untersuchungs- und Informationsreise nötig sein.

Hat die Einrichtung erst einmal volles Verständnis bei der Bevölkerung gefunden, funktioniert der Betrieb in allen Teilen sozusagen von selbst, dann wird auch die Beteiligung der Kreisärzte und der Schulärzte mehr und mehr entbehrlich sein.

In den größeren Städten liegen die Verhältnisse allerdings wesentlich anders. Hier verbietet sich eine regelmäßige Beteiligung der Kreis- und Schulärzte wegen der hohen Zahl der Schulkinder und der hierdurch bedingten Fälle der Arbeit von selbst. Hier ist sie aber auch wegen der meist besseren hygienischen Verhältnisse und des größeren Verständnisses für die Sache nicht so dringend, zumal in diesen Schulen die hygienische Aufsicht an sich schon in der Regel eine bessere und intensivere ist, als in ländlichen Schulen.

Die Lehrer, deren Unterstützung sich als sehr schätzenswert und unentbehrlich erwiesen hat, zeigen durchweg ein ihre hohe Berufsauffassung ehrendes Verständnis und Interesse und fördern die Sache fast ausnahmslos in anerkennenswertester Weise. An der Hand der Untersuchungslisten füllen sie vorgedruckte Zettel aus mit der Benachrichtigung der Eltern über die Zahnerkrankung ihrer Kinder und der Aufforderung einer schriftlichen Einverständniserklärung mit der schulzahnärztlichen Behandlung. Vorher unterweisen sie die Kinder — in letzter Zeit nach dem Dr. Richterschen Merkblättern — in allem über Zahnpflege Wissenswerten.

Da unserem Kreisschulzahnarzt wegen seiner anderweitigen Verpflichtungen meist nur ein Wochentag, der Samstag, unverkürzt zur Verfügung steht und die bereit gestellten Mittel auch eine häufigere schulzahnärztliche Betätigung kaum gestatten, hat der Lehrer während der nächsten Wochen nach der Untersuchung reichlich Zeit, den Kindern, und soweit seine persönlichen Beziehungen reichen, auch den Eltern die Beteiligung an der zahnärztlichen Behandlung ans Herz zu legen.

Die Zahl der auf einer gemeinsamen Informationsreise zu untersuchenden Kinder wird so bemessen, daß der Schulzahnarzt innerhalb der folgenden 2—3 Monate mit der Behandlung beschäftigt ist. In dieser Tätigkeit ist er vollkommen

selbständig. Er verständigt sich mit dem Lehrer über die Auswahl eines geeigneten Behandlungslokales, das selbst in den kleinsten Orten stets zu finden ist, sei es im Dorfkrug, sei es im Schulhause selbst. Die Lehrer stellen nicht selten einen eigenen Wohnraum unentgeltlich zur Verfügung. In vielen Gasthäusern ist sogar ein zweites Zimmer als Warteraum vorhanden. Dem Zahnarzt steht ein nach eigener Wahl zusammengestelltes, in einem transportablen Kasten zweckmäsig untergebrachtes Instrumentarium zur Verfügung.

Die Behandlung erstreckt sich auf Extraktionen, Reinigung und Füllung der Zähne, schließt dagegen infolge der Unmöglichkeit einer ausreichenden Kontrolle die Wurzelbehandlung aus. Darin liegt ein gewisser, nur durch tägliche schulzahnärztliche Tätigkeit zu beseitigender Mangel unserer Wanderschulzahnpflege. Auf die ausschließliche Behandlung an Ort und Stelle wird besonderes Gewicht gelegt, weil eine Zentralisation bei den auswärts wohnenden Kindern die Zurücklegung einer Wegestrecke und eine größere Zeit- und Schulversäumnis voraussetzen und damit manche Kinder dem persönlichen Einflusse des Zahnarztes, also auch oft genug seiner Behandlung, entziehen würde.

Eine ständige Unterstützung des Zahnarztes für Handreichungen erwies sich nicht als notwendig. An vielen Stellen leisteten ältere Schulmädchen bereitwilligst und mit gutem Geschick Hilfe, an anderen die Gemeindeschwester, an einzelnen größeren Schulen der Schuldiener. Ueber jedes behandelte Kind hat der Schulzahnarzt genaue Aufzeichnungen auf einem der Berliner Schulzahnkliniken entnommenen Formulare einzutragen, die eine Kontrolle bei späteren Untersuchungen, sowie die Anfertigung statistischer Uebersichten ermöglichen. Diese Formulare gelangen nebst den Listen nach Abschluß der Behandlung in die Hände des Kreisarztes.

Die Kosten dieser ländlichen Wanderschulzahnpflege sind naturgemäß weit höhere, als bei den gleichen stationären städtischen Einrichtungen. Die erstmalige Anschaffung des Instrumentariums erforderte 500 M. Der Zahnarzt erhält für den Tag seiner 6—7stündigen Behandlung 20 M., sowie 10 M. zur Deckung der Reise und Verpflegungskosten. Da bei einer einmaligen wöchentlichen Behandlung mit Abrechnung der Ferien nur etwa 48 mal im Jahre Schulzahnpflege stattfinden konnte, sind in dem besser ausnutzbaren Sommerhalbjahr einige Behandlungstage eingeschoben worden, so daß deren jährliche Summe etwa die Zahl 60 erreicht, wofür zahnärztliches Honorar 1800 M. einschließlich der Reisekosten erforderlich ist. 2—400 M. werden für Anschaffung von Verbandstoffen, Chemikalien, Füllungsmaterial, für Heizung der Behandlungsräume, Hilfeleistungen, Drucksachen und Schreibhilfe verbraucht.

Vom 1. Dezember 1910 bis 31. März 1912 wurden 2280 Schulkinder auf ihre Zahnbeschaffenheit untersucht. Unter diesen bsfanden sich nur 60, also 2,65 Prozent ohne jede Zahnkaries, also mit ganz einwandfreiem Gebiß.

Bei diesen 2280 Kindern wurden 10602 kranke Zähne festgestellt, so daß auf jedes untersuchte Kind 4—5 kranke Zähne entfielen. Ein nenneswerter Unterschied in verschiedenen Altersstufen und in den Gesshlechtern konnte nicht gefunden werden. Dabei sind allerdings Milchzähne und bleibende Zähne gleich bewertet worden. Diese Zahlen reden eine deutliche Sprache, die jeden Menschenfreund von der Dringlichkeit der Einführung einer allgemeinen Schulzahnpflege überzeugen muß. Da Anhaltspunkte für die Annahme fehlen, daß die auffallende Höhe dieser Zahlen besonderen ungünstigen Zufällen zuzuschreiben sei, so muß man zunächst daraus folgern, daß das flache Land hinsichtlich der Zahnbeschaffenheit den Großstädten nicht überlegen ist, obwohl die vorwiegend beschuldigte Ursache, die Ernährung mit nährsalzarmen Weißbrot hier meist wegfällt. Dieser Vorteil der Landbevölkerung wird eben durch die schwere und unbequeme Erreichbarkeit zahnärztlicher Hilfe und die Fülle schwer ausrottbarer Vorurteile aufgehoben.

Die höchstwichtige Frage, wem die Pflicht zur Durchführung der Schulzahnpflege obliegt, ist nicht so einfach zu beantworten Wenn heute von den meisten größeren Gemeinde-Verwaltungen die Notwendigkeit einer rationellen ärztlichen Ueberwachung der Schulkinder als eines Teiles der Schulunterhaltungspflicht allgemein anerkannt wird, so folgt allerdings daraus, daß die Kommunen sich auch zu der Verpflichtung, die Schulzahnpflege, einen sehr wichtigen Teil der Schulgesundheitspflege, in die Hand zu nehmen, bekennen

müßten; vorläufig stehen aber die meisten Kommunalverwaltungen auf einem durchaus ablehnenden Standpunkt. In der Tat geraten ja auch viele Stadtverwaltungen in die schwierige Lage, für eine den meisten städtischen Vertretern noch ganz unbekannte und z. T. noch unbegreifliche Sache erhebliche Summen anfordern zu müssen. Selbst die in ihrer sonstigen Lebensauffassung durchaus nicht engherzigen Kommunalvertreter begründen die Ablehnung solcher Forderungen mit dem Hinweis darauf, daß eine ärztliche und zahnärztliche Behandlung von Schulkindern weit über die Aufgaben der Schulhygiene hinausgehe und einen Eingriff in die elterlichen Rechte und Pflichten bedeute. Die Schule müsse sich auf allgemeine Untersuchungen der Kinder und Direktiven an die Eltern beschränken. Wenn man sich jedoch bei der heut noch allgemein verbreiteten Unkenntnis und dem geringen Verständnis für die Bedeutung der Zahnpflege, auf die Zahnuntersuchungen und dementsprechende Mitteilungen und Ratschläge an die Eltern beschränken wollte, dann könnte wohl noch ein Jahrhundert bis zur Durchführung einer ausreichenden Zahnpflege vergehen. Allgemeine Belehrungen allein, sei es durch Vorträge und Zeitungsaufsatz oder Verteilung von Merkblättern, veranlassen erfahrungsgemäß nur einen geringen Bruchteil unserer schwerfälligen Bevölkerung zur Aneignung wichtiger Gesundheitsmaßnahmen und Lebensgewohnheiten. Die hygienischen Praktiker können es sich am wenigsten verhehlen, daß die Durchführung solcher Maßnahmen — will man sichtbare Erfolge haben — der breiten Masse des Volkes förmlich aufgedrängt werden muß. Dem einzelnen muß die zahnärztliche Behandlung entweder unentgeltlich oder für ein geringes Entgelt angeboten — ins Haus gebracht — werden. Das ist aber bei der Bekämpfung einer so allgemein ausgedehnten Volkskrankheit wie der Zahnfäule um so dringender erforderlich, als uns hier jede gesetzliche Handhabe zur Unterstützung der Durchführung fehlt.

Soll also etwas erreicht werden, dann müssen sentimentale Erwägungen, die in der zahnärztlichen Behandlung der Schulkinder einen Eingriff in die elterlichen Rechte erblicken, beiseite gelassen werden. Die Erfahrung lehrt allenthalben, wie alle theoretischen Belehrungen und Aufklärungen erst durch den Erfolg der Tat Wurzel fassen und überzeugend wirken. Nirgends tritt diese Erfahrung so uneingeschränkt in Erscheinung, wie bei der Schulzahnpflege.

Auch im Kreise Osthavelland machte sich bei der ersten zahnärztlichen Behandlung eine recht unerfreuliche Zurückhaltung der Bevölkerung bemerkbar. Von 1794 zahnkranken Kindern erhielten nur 584, also 30,5 Prozent die Genehmigung ihrer Eltern zur zahnärztlichen unentgeltlichen Behandlung. Dabei mag allerdings die unberechtigte Angst vieler Kinder vor der Zahnbehandlung und die Unfähigkeit mancher Eltern, ihrer besseren Einsicht gegenüber den unbegründeten Wünschen ihrer Kinder Geltung zu verschaffen, eine gewisse Rolle gespielt haben. Die 30 Prozent zahnärztlich behandelter Kinder aber bilden nach den übereinstimmenden Berichten vieler Lehrer eine tapfere Truppe der Propaganda, die alle Welt mit Stolz bekennt, „daß es gar nicht weh getan habe“ und sich genug danach erkundigt, ob der „Onkel Zahnarzt“ bald komme. So wirbt der Schulzahnarzt durch humane, dem Kindergemüt angepaßte Behandlung selbst am kräftigsten für seine Tätigkeit und die kleine Schar seiner mutigen Anhänger mit ihm für die bedeutungsvolle Sache.

Ferner: Wie stellen sich die Vertreter jener doktrinären Auffassung von der Begrenzung der schulzahnärztlichen Tätigkeit auf die Untersuchungen und Ratschläge die Erfolge einer solchen Schulzahnpflege in rein ländlichen Bezirken vor? Hier kann der Erfolg nur ein ganz minimaler sein. Abgesehen von den gerade hier am schwersten ausrottbaren Vorurteilen spielt wie gesagt die Unbequemlichkeit bei der Erlangung zahnärztlicher Behandlung eine entscheidende Rolle. Für den Landmann bedeutet das Aufsuchen des meist weitab in der Stadt wohnenden Zahnarztes ein nicht zu unterschätzendes Opfer an Zeit und materiellen Mitteln, und wenn man hinzurechnet, daß sich die arbeitsfreien Sonn- und Festtage für zahnärztliche Behandlungen im allgemeinen nicht eignen, wird man es der Landbevölkerung selbst bei bestem Verständnis und regem Interesse kaum verübeln können, wenn sie an den meist arbeitsreichen Wochentagen die Zeit und Mittel für eine oder mehrere Reisen zum entfernt wohnenden Zahnarzt nur im dringenden Notfalle opfern. Das beweisen auch

die im Kreise Osthavelland gewonnenen Zahlen. Unter 2260 zahnkranken Kindern befanden sich nur 18, also nur 0,8 Proz. zahnärztlich vorbehandelt.

An ihre Zähne denken ja die meisten Menschen leider erst, wenn sie zu Schmerzen oder zu einer Verunstaltung des Gesichts führen. Aber auch dann sucht der Landbewohner nur in den seltensten Fällen den städtischen Zahnarzt auf. Erst wird der Dorfbarbier zu Rate gezogen, der, seinen begrenzten Fähigkeiten entsprechend, nur ein radikales Mittel kennt, das Ausziehen des Zahnes. Durch diese Methode wird eine große Anzahl noch wohl zu erhaltender Zähne entfernt. Damit ist aber der Schaden dieser zahntechnischen Barbierbehandlung noch nicht erschöpft. Solch ein Zahnkünstler zieht in der Regel nur ganz schlechte Zähne, denen oft genug noch die morschen Kronen abgebrochen werden, so daß die schlechten Wurzeln zurückbleiben und die benachbarten Zähne schnell infizieren, so daß viele Verehrer dieser bequemen und billigen „Zahnpflege" jahraus, jahrein einen Zahn nach dem andern entfernen lassen, bis ihnen nur noch ein trauriger Rest von Stümpfen mit übelriechenden Wurzeln übrig geblieben ist, der sie nicht nur des Genusses einer normalen Speiseaufnahme, sondern auch der kräftigen Ausnutzung der unvollkommen zerkleinerten Speisen beraubt und so den Grund zu den verschiedensten Magen- und Verdauungskrankheiten legt. Und das häufig genug im blühendsten Alter.

Der Standpunkt der Ablehnung zahnärztlicher Behandlung, der sich auch auf einzelnen der abgesandten Fragebogen in den lapidaren Satz verdichtet hat: „die Zahnbehandlung ist Sache der Eltern", muß als grundfalsch bezeichnet werden; hinter solchen kategorischen Erklärungen der kleineren Stadtverwaltungen verbirgt sich leider auch oft genug der wahre Ablehnungsgrund: die Schwierigkeit der Kostenfrage. Die Furcht so vieler Gemeinden von dem Kostenaufwand ist jedoch keineswegs begründet. Wir stehen ja erst im Anfange der Bewegung für die Schulzahnpflege, wo erst noch manche Aufklärungsarbeit über die Bedeutung eines guten Gebisses für die menschliche Gesundheit auch in den besseren und maßgebenden Kreisen geleistet werden muß, bevor die große Mehrzahl der Stadtvertretungen zu der Ueberzeugung gelangt, daß die an sich hoch erscheinenden Summen in gar keinem Verhältnis zu dem ungeheuren Nutzen stehen, den sie unserem wertvollsten Besitz, der Jugend, verschaffen. Es ist berechnet worden, daß man mit einem jährlichen Aufwande von 1 Mark für jedes Schulkind eine ausreichende und erfolgreiche Schulzahnpflege in den Städten durchführen kann. Eine geschickte Organisation wird es außerdem bei einigem Verständnis und Entgegenkommen der maßgebenden Stellen verstehen, diese Kosten — ganz zeitgemäß — auf breite Schultern zu verteilen und so die Hauptverpflichteten, die Gemeinden, zu entlasten. Dann aber kann man auch von einer allgemeinen Unentgeltlichkeit der Behandlung durchaus absehen und diese auf die notorisch arme Bevölkerung beschränken. Es ist sogar recht zweckmäßig, die nicht unbemittelten Eltern zahnkranker Schulkinder zur Erstattung der durch die Behandlung erwachsenden Kosten heranzuziehen, weil mit dem Bewußtsein eines durch die Beitragszahlung erworbenen Anrechts auf zahnärztliche Behandlung Interesse und Gewissenhaftigkeit bei Kindern und Eltern wachsen. Ob diese Heranziehung nun in nachträglicher Einziehung des nach der Zahl der behandelten Zähne berechneten Betrages, wie bisher im Kreise Osthavelland, oder in Form des anderwärts mit Erfolg durchgeführten Abonnements geschehen soll, hängt von den örtlichen und sonstigen Umständen ab. Wirtschaftlich richtiger erscheint mir das Abonnement, weil die nachträgliche Einziehung des Betrages stets gewisse Schwierigkeiten bereitet.

Berichterstatter beabsichtigt, nachdem die Durchführbarkeit der Schulzahnpflege im kleinen Maßstabe erwiesen ist, dem Ziele der Anstellung eines Kreisschulzahnarztes im Hauptamt und damit der ununterbrochenen zahnärztlichen Beaufsichtigung aller Schulkinder des Kreises zuzustreben und zwar nicht allein im gesundheitlichen Interesse, sondern auch im wirtschaftlichen. Es ist klar, daß der Nutzen einer Schulzahnpflege nur durch eine dauernde zahnärztliche Kontrolle voll gewährleistet wird, die natürlich bei ca. 800 im Kreise zerstreut wohnenden Kindern bei jährlich 60 Behandlungstagen ausgeschlossen ist; denn bei einer solchen Zahnpflege wird jedes Schulkind des Kreises während seiner Schulzeit nur einmal gründlich zahnärztlich versorgt. Immerhin steht eine solche Schulzahnpflege im annehmbaren Verhältnis zu den materiellen

Opfern, besonders, wenn man bedenkt, daß dadurch doch wenigstens ein dankenswerter Anfang gemacht wird, der unleugbar von großer erzieherischer Bedeutung für die Bevölkerung ist und mit dem allgemeinen Fortschritt der schulzahnärztlichen Bewegung einen weiteren Ausbau gestattet.

Im Landratsamt des Kreises Osthavelland ist nun berechnet worden, daß die Schulzahnpflege bei dem gegenwärtigen Betriebe für alle Schulen zusammen, also in einem etwa 7jährigen Zeitraume einen Gesamtkostenaufwand von mindestens 160·0 Mark erfordern würde. Diese Berechnung ist sicher andauernd richtig; ebenso sicher ist aber, daß sich die absoluten Kosten, wie bei allen Unternehmungen durch eine Verdichtung des Betriebes im Sinne einer ständigen zahnärztlichen Behandlung, also durch Anstellung eines Kreischulzahnarztes im Hauptamt, ganz erheblich herabsetzen lassen. Ein in der Kreisstadt wohnender Kreisschulzahnarzt würde z. B. mit einem jährlichen Gehalt von 5000 Mark und einer Reiseentschädigung von 2000 Mark zufrieden sein dürfen, zumal ihm die Genehmigung zu beschränkter Privatpraxis — etwa in den späten Nachmittagsstunden — unbesorgt erteilt werden könnte, die seine Schaffensfreude durch Erhöhung seines Einkommens fördern würde. Die Auslagen für Chemikalien, Füllungen, Drucksachen usw. würden kaum die Höhe von 500 Mark übersteigen, so daß die allgemeine ununterbrochene Schulzahnpflege mit einem Kostenaufwand von 7500 Mark durchzuführen wäre. Der Anstellung mehrerer gesondert ansässiger Kreisschulzahnärzte mit Zuteilung bestimmter Bezirke ständen natürlich keine wesentlichen Bedenken entgegen in solchen Kreisen, in denen kein Mangel an approbierten Zahnärzten besteht. Immerhin hat das System der freien Wahl manche Nachteile: Die Kosten werden höher und der Wechsel in der Person des Zahnarztes gewährleistet nicht in gleicher Weise die Stetigkeit und Uebersichtlichkeit der Behandlung, wie die Tätigkeit eines einzigen Schulzahnarztes im Hauptamt, der sich die Schulzahnpflege zur Lebensaufgabe gestellt hat.

Dem Einwande, daß ein einzelner Zahnarzt physisch nicht in der Lage sei, einen ganzen ländlichen Kreis schulzahnärztlich zu versorgen, muß entgegengehalten werden, daß einerseits im Beginne des Betriebes die Beteiligung der Kinder erfahrungsgemäß eine nur beschränkte ist und anderseits die Zahl der zu behandelnden Zähne naturgemäß bis zu einer konstanten Durchschnittshöhe abnehmen wird. Man müßte sogar annehmen, daß nach einigen Jahren intensiver schulzahnärztlicher Tätigkeit der Schulzahnarzt nicht mehr volle Beschäftigung hätte. Aber in diesem Falle ließe sich das Arbeitsfeld durch Heranziehung der vorschulpflichtigen Kinder und der Fortbildungsschüler ergänzen und damit eine Annäherung an das erstrebenswerte Ziel der ununterbrochenen zahnärztlichen Fürsorge unserer Jugend bei den Knaben bis zum militärpflichtigen Alter erreichen.

Die Finanzierung des Unternehmens für ländliche Kreise läßt sich etwa in der Weise bewirken, daß der Kreis die Hauptsumme, 2—4000 Mark, übernimmt, die Gemeinden bezw. Schulverbände etwa 25 Pf. pro Kopf und Jahr des Kindes beisteuern, was $^1/_4$ der erforderlichen Gesamtsumme ergeben würde, während aus Abonnements annähernd ebensoviel zu erwarten wäre. Wenn der Landrat für die Einführung der allgemeinen Schulzahnpflege die Anregung gibt und die Kreisverwaltung durch die Bereitstellung eines Teiles der erforderlichen Mittel ihr Interesse an der Sache betätigt, so werden die Kommunalverwaltungen sich dem guten Beispiele auf die Dauer kaum entziehen können, während eine finanzielle Beteiligung der Eltern in bescheidenen Grenzen nach den bisherigen Erfahrungen kaum zu bezweifeln ist.

Schließlich darf hierbei ein weiterer Interessent nicht ganz unerwähnt bleiben: Die Landes-Versicherungsanstalten. Diese Anstalten haben sich anerkanntermaßen unvergängliche Verdienste durch ihre Beteiligung an dem Kampfe gegen allgemeine Volkskrankheiten, namentlich gegen die Tuberkulose erworben. Viele Landes-Versicherungsanstalten geben große Summen für Gewährung künstlicher Gebisse zum Zwecke der Vorbeugung gegen vorzeitige Invalidität aus. Es dürfte nun kaum daran zu zweifeln sein, daß diese Summen ihren Zweck weit besser und gründlicher erfüllen würden, wenn sie der Schulzahnpflege zugute kämen. Min.-Dir. Prof. Dr. Kirchner hat in seinem ausführlichen Referat auf der 36. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche

Gesundheitspflege im vorigen Jahre auf die Wahrscheinlichkeit eines Einflusses der Zahnverderbnis auf den frühzeitigen Eintritt von Alters- und Verbrauchskrankheiten hingewiesen. Seit drei Jahren hat auch der Berichterstatter dieser Frage sein Augenmerk zugewandt, indem er in allen Invalidenrenten-Gutachten — also insgesamt bei etwa 1200 Fällen — den allgemeinen Zustand des Gebisses notierte. Aus der Summe der Befunde hat er durchaus den Eindruck gewonnen, daß der genannte Einfluß ein weit größerer ist, als man bisher anzunehmen geneigt war. Wenn daher die Landes-Versicherungsanstalten auf ihren Formularen die Frage nach der Beschaffenheit der Zähne allgemein einfügen wollten, würden sie, wie ich glaube, in kurzer Zeit in den vertrauensärztlichen Antworten ein Material zusammen bekommen, das sie von den ursächlichen Beziehungen der Zahnkrankheiten zur vorzeitigen Invalidität und von der großen Bedeutung der frühzeitigen planmäßigen Zahnpflege für die Gesunderhaltung gerade der Arbeiterbevölkerung vollauf überzeugen müßte. Berichterstatter hat zwar von der Landes-Versicherungsanstalt Brandenburg auf eine Anfrage wegen etwaiger finanzieller Beteiligung an der Schulzahnpflege eine sehr freundliche Absage erhalten, ist aber optimistisch genug veranlagt, um diese Absage für keine endgültige zu halten. Jedenfalls sollten sich die Kreisärzte, denen die Förderung der Zahnpflege in den Schulen durch den § 99 der Dienstanweisung zur Pflicht gemacht ist, nicht durch anfängliche Mißerfolge entmutigen und davon abhalten lassen, immer wieder neue Wege und Mittel zu suchen, um einen der erstrebenswertesten Ziele der Schulhygiene, der Durchführung der allgemeinen Schulzahnpflege näher zu kommen, zum Heile unseres Volkes und zum Ruhme der deutschen Kultur!

Diskussion.

Kreisarzt Dr. Schultz-Schultzenstein hält unter Umständen auch die Heranziehung der Zahntechniker für angängig.

Kreisarzt Dr. Doebert: Im Kreise Beeskow-Storkow sei auch keine Schulzahnpflege vorhanden, aber in Vorbereitung; es werde die Anstellung eines Schulzahnarztes beabsichtigt, der an 3 Wochentagen als Schulzahnarzt tätig sein solle, an den anderen 4 Tagen seiner Praxis nachgehen könne. Der Generalsekretär des Zentralkomitees habe einen Vertrag entworfen. Der Schulzahnarzt solle dem Landrat unterstehen. An Gebühren seien 3000 M. und 900 M. Reisepauschale vorgesehen.

Kreisarzt Dr. Meyer fürchtet, daß dieses Vorhaben nur dazu führen werde, Anfänger ohne ausreichende Erfahrung und praktische Uebung für diesen eminent wichtigen Teil der Gesundheitspflege mobil zu machen. Demgegenüber habe Osthavelland in klarer Weise Weg und Ziel gezeigt, so daß überall da, wo die Kreisverwaltungen hierfür Mittel auszuwerfen in der Lage und bereit seien, nur nach diesem System zu verfahren sei. Im übrigen seien in Belzig und Treuenbrietzen mit den sehr tüchtigen Zahntechnikern die besten Erfahrungen gemacht worden.

Kreisarzt Dr. Doebert verteidigt sein System und empfiehlt es als Anfangs- und Durchgangsstadium; die Frage der Kosten sei noch nicht ganz klar.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth weist darauf hin, daß viele Wege nach Rom führen; er teile nicht ganz die Ansicht des Kreisarztes Dr. Meyer, daß sich bei einem Vorgehen, wie der Beeskower Kreis es plant, nur Anfänger melden würden; der Versuch sei dankbar zu begrüßen. Die Verwendung der Zahntechniker sei nur im Einzelfall angängig, wenn der Kreisarzt sie als tüchtig anerkannt habe und sie empfehle. Besonders beachtenswert seien die Ausführungen des Referenten über Beziehungen der Zahnfäule zur Invalidität, falls sie von anderer Seite Bestätigung finden. 11 Kreise im Bezirk hätten für die Schulzahnpflege noch nichts getan, so daß ein dringender Anlaß für ein Vorgehen nach dieser Richtung gegeben sei. Auch die Stadt Potsdam verhalte sich vorläufig noch ablehnend, weil die Stadtverordneten fürchteten, daß durch die Schulzahnärzte den Zahnärzten Konkurrenz gemacht werde. Es besteht jedoch die Hoffnung, daß hierin bald ein Wandel eintreten werde.

Der Regierungspräsident konstatiert, daß die Leitsätze keinen Widerspruch finden, und dankt dem Landrat und Kreisarzt von Osthavelland für ihr zielbewußtes Vorgehen.

IV. Mitwirkung der Medizinalbeamten bei der Durchführung des Hausarbeitsgesetzes vom 20. Dezember 1911. Der Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Wilhelm-Kyritz, hatte hierzu folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Das Hausarbeitsgesetz vom 20. Dezember 1911 sieht eine direkte Mitwirkung der Kreisärzte bei der Durchführung nicht vor; diese Mitwirkung ist nur durch die Dienstanweisung der Kreisärzte und Gewerbeaufsichtsbeamten und die Befugnisse der Ortspolizeibehörden gegeben.

2. Zur Verhütung von Gefahren für die öffentliche Gesundheit müssen die Kreisärzte die Gewerbe der Hausindustrie besonders in der Nahrungs- und Genußmittelbearbeitung kennen, besichtigen und die Ortspolizeibehörden zu vorbeugenden Anordnungen anregen."

Das Hausarbeitsgesetz vom 20. Dezember 1911 soll die Gewerbeordnung ergänzen und die Grundlage zur Bekämpfung von Mißständen in der Hausindustrie und Heimarbeit schaffen, die dem Einfluß der Gewerbeordnung entrückt sind. Die Mißstände, die durch dieses Gesetz erfaßt werden sollen, betreffen in erster Linie Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Hausarbeiter.

Das Organ für die Durchführung dieses Gesetzes ist die Polizei und als technischer Fachmann der Gewerbeaufsichtsbeamte, i. e. für Preußen der Gewerbeinspektor. Ihm sind weitgehende Funktionen und Vollmachten in dem Gesetze zuerkannt, soweit gehend, daß er nach der für Preußen ergangenen ministeriellen Ausführungsanweisung in Ziffer 2 sogar rechtsgültige Verfügungen erlassen kann, ohne die Ortspolizeibehörden erst in Anspruch nehmen zu brauchen. Diese Machtstellung der Gewerbeaufsichtsbeamten kann den Medizinalbeamten mit Neid erfüllen und zu der Frage veranlassen, welche Mitwirkung denn dann dem Gesundheitsbeamten in dem Gesetz zugeteilt ist? Darauf kann nur die ganz klare Antwort gegeben werden: „keine". In dem ganzen Gesetz wird der Gesundheitsbeamte auch nicht einmal genannt und ebensowenig in der preußischen Ausführungsanweisung, geschweige daß ihm Funktionen zugeteilt wären; und doch spricht das Gesetz von Leben, Gesundheit und Sittlichkeit und behandelt die Hygiene der Hausarbeit und ihrer Werkstätten.

Mit dieser Tatsache müssen die Medizinalbeamten sich abfinden, so deprimierend dies auch für sie sein mag. Aber als selbstlose, sozial arbeitende Beamte werden sie sich mit solcher Resignation nicht begnügen, sondern suchen, ob es nicht dennoch eine Handhabe gibt, an diesem für die Volksgesundheit so wichtigem Gesetz mitzuarbeiten.

Dazu stehen ihnen zwei Hebel zur Verfügung, der eine ist die Polizei und der andere der Gewerbeaufsichtsbeamte. Beide sind ihnen nicht fremd; denn sie sind bereits gewohnt, mit ihnen zu arbeiten. Von den Ortspolizeibehörden sagt der § 14 der kreisärztlichen Dienstanweisung: „Der Kreisarzt hat die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung im Gemeinschaft mit der Ortspolizeibehörde zu überwachen und ihr in allen hierauf bezüglichen Fragen mit seinem sachverständigen Rat zur Seite zu stehen Vor Erlaß der Polizeiverordnungen oder sonstigen allgemeinen Anordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens soll die Ortspolizeibehörde den Kreisarzt hören." Von den Gewerbeinspektoren sagt der § 18 der Dienstanweisung: „Mit dem Gewerbeinspektor hat sich der Kreisarzt über die seinen amtlichen Wirkungskreis mitberührenden Fragen des Gesundheitswesens in Benehmen zu setzen und seinem Ersuchen auf diesem Gebiet zu entsprechen." Sind die Kreisärzte daher auch als Gesundheitsbeamte direkt von der Mitwirkung bei der Durchführung des Hausarbeitsgesetzes ausgeschlossen, so kommen und sollen sie doch im Verein mit den Polizeibehörden und den Gewerbeinspektoren zufolge ihrer Dienstanweisung mitwirken, wie dies im ersten Leitsatz zum Ausdruck gebracht ist.

Auf welche Gebiete kann sich nun die Mitwirkung der Kreisärzte bei der Durchführung des Hausarbeitsgesetzes erstrecken?

Um diese Frage zu beantworten, ist es wichtig, die Grenzen für die Wirkung des Gesetzes zu kennen. Den Begriff „Hausarbeit" definiert das Gesetz nicht klar mit Worten, sondern es umschreibt ihn in seinem § 1, indem es sagt, das Gesetz gilt für Werkstätten, in denen

„1. jemand ausschließlich zu seiner Familie gehörige Personen gewerblich beschäftigt oder

2. eine oder mehrere Personen gewerbliche Arbeit verrichten, ohne von einem den Werkstattbetrieb leitenden Arbeitgeber beschäftigt zu sein."

Damit sind alle Familienbetriebe und alle Werkstattgemeinschaften umfaßt, sofern nur gewerbliche Arbeit darin geleistet wird. Bedingung ist jedoch, daß die Arbeit eine gewerbliche ist. Nicht unter das Gesetz fallen nach § 2 z. B. die Betriebe der Handwerksmeister, weil in ihnen ein den Werkstattbetrieb leitender Arbeitgeber vorhanden ist; auch alle haus- und landwirtschaftlichen Betriebe sind nicht mit einbegriffen, weil sie nicht den Charakter des Gewerbes im Sinne der Gewerbeordnung tragen.

Was alles zur Familie gehört und was demnach den Familienbetrieb gemäß § 1 Absatz 1 des Gesetzes umgrenzt, sind am Ende Rechtsfragen, aber was unter Werkstattgemeinschaft, wie der Absatz 2 des § 1 umgrenzt, zu verstehen ist, möge folgendes Beispiel erläutern: Mehrere Stickerinnen arbeiten zusammen an einer großen Stickarbeit, z. B. einer Vereinsfahne, sie können die Arbeit nicht jede in ihre Wohnung nehmen, sondern fertigen sie gemeinsam in der Wohnung einer Kameradin an; d. i. Werkstattgemeinschaft.

Sehr wichtig ist auch, was das Gesetz unter Werkstatt versteht? Nach § 2 Abs. 1 fällt darunter jeglicher Raum, ganz gleich, ob er sonst noch zu Schlafen, Wohnen oder Kochen benutzt wird, auch jegliche Arbeitsstelle im Freien, sofern nur eine gewerbliche Arbeit daselbst verrichtet wird. Damit ist alles unter das Gesetz gefaßt, auch das elendeste Loch.

Das Gesetz gibt sehr eingehende Bestimmungen über Löhne, Lohnbücher, Arbeitszettel, Empfangnahme und Ablieferung der Arbeit usw., kurz über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Hausarbeiter, die hier nicht interessieren, wohl aber die Bestimmungen über die hygienischen Verhältnisse der Hausarbeit und über die Aufsicht. Hiervon handeln die §§ 6, 7 und 10. Im § 6 heißt es:

„Soweit sich in einzelnen Gewerbezweigen aus der Art der Beschäftigung Gefahren für Leben, Gesundheit oder Sittlichkeit ergeben, kann auf Antrag der Gewerbeaufsichtsbeamten die zuständige Polizeibehörde zur Verfügung für einzelne Werkstätten diejenigen Maßnahmen anordnen usw."

Hervorzuheben ist hieraus, daß das Handeln der Polizeibehörden an einen Antrag des Gewerbeaufsichtsbeamten gebunden ist, ohne einen solchen kann sie nichts machen. Wenn demnach der Gesundheitsbeamte seine Ansichten und Wünsche zur Verhütung von Gefahren für Leben und Gesundheit bei der Durchführung des Gesetzes zum Ausdruck bringen will, muß er sich an den Gewerbeaufsichtsbeamten wenden, da dieser allein das Recht des Antrages hat. Bei den Ortspolizeibehörden ist in dieser Hinsicht nichts zu erreichen, denn ihr Handeln ist von dem Antrag des Gewerbeaufsichtsbeamten abhängig, es müßte denn sein, daß die Polizei auf Anregung des Kreisarztes dem Gewerbeinspektor einen Antrag nahelegt. Ob aber ein Kreisarzt dies überhaupt und noch dazu häufiger tun wird, dürfte zu bezweifeln sein; denn wenn der Gewerbeaufsichtsbeamte auf seine Wünsche nicht eingeht, kann er nichts dagegen machen. Deshalb wird die Intiative der Kreisärzte bei der Durchführung des § 6, d. h. bei der Fürsorge für Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Hausarbeiter gleich Null sein; sie werden sich in Wahrung ihrer Stellung auf die Vorschriften ihrer Dienstanweisung beschränken und warten, bis der Gewerbeaufsichtsbeamte zu ihnen kommt, trotzdem die im § 6 zur Verhütung von Gefahren für Leben und Gesundheit aufgeführten Maßnahmen das Arbeitsgebiet des Gesundheitsbeamten in nicht minderem Grade ausmachen als das des Gewerbeaufsichtsbeamten.

Anders liegen die Verhältnisse bei § 7. Hier heißt es:

„Soweit sich in einzelnen Gewerbezweigen, insbesondere solchen, welche der Herstellung, Verarbeitung oder Verpackung von Nahrungs- und Genußmitteln dienen, Gefahren für die öffentliche Gesundheit ergeben, kann die zuständige Polizeibehörde Anordnung treffen, um diese Gefahren auszuschließen."

Im § 7 steht also nichts von einem Antrage des Gewerbeaufsichtsbeamten; demzufolge haben die Kreisärzte die Möglichkeit, den Polizeibehörden direkt ihre Besserungsvorschläge und Anträge zu übermitteln. Das Hauptgewicht ihrer Mitwirkung bei der Durchführung des Gesetzes wird sich deshalb auf diesen § 7 gründen. Sie werden erwarten und fordern müssen, daß sie von den Ortspolizeibehörden vor Erlaß von Anordnungen zum Schutze der öffentlichen Gesundheit gehört werden, daß auch sonst ihren Anregungen Folge

gegeben wird. Diese Auffassung findet sich auch in der Bayerischen Ausführungsanweisung zum Hausarbeitsgesetz, in der es heißt: „Die Distriktspolizeibehörde ist bei ihrer Verfügung auf Grund des § 7 nicht an einen Antrag des Gewerbeaufsichtsbeamten gebunden. Die K. Gewerberäte haben indes, wenn eine Hausarbeit zu ihrer Kenntnis kommt, die vom Gesichtspunkt des § 7 aus bedenklich erscheint, an die K. Kreisregierung, Kammer des Innern zu berichten; diese hat die amtsärztliche Prüfung herbeizuführen und je nach deren Ergebnis das etwa Erforderliche vorzukehren usw."

Es darf wohl erwartet werden, daß die preuß. Gewerberäte und überhaupt die preußische Verwaltung bei gleicher Lage ebenso verfahren wird wie in Bayern, auch wenn dies durch die Ausführungsanweisung nicht besonders vorgeschrieben ist. Dem Zweck des § 7 werden die Kreisärzte aber nur gerecht werden können, wenn sie sich mit den Gewerbezweigen der Hausindustrie, die Nahrungs- und Genußmittel herstellen, verarbeiten oder verpacken, eingehend bekannt zu machen, die Werkstätten aufsuchen und besichtigen, also der im zweiten Aufsatz ausgesprochenen Forderung gerecht werden.

Diskussion:

Reg.- und Gewerberat Geh. Rat Dr. Mangelsdorff schließt sich den Ausführungen des Referenten an. Der Kreisarzt sei zwar nicht im Gesetz genannt, er könne aber aus der D. A. für Kreisärzte seine Befugnisse herleiten, und würde sich im wesentlichen darauf zu beschränken haben, Anregungen zu zu geben. Soweit bisher zu übersehen sei, werde dies wohl nur selten vorkommen. Gesundheitsgefährliche Hausindustrie sei im Bezirk nicht viel vorhanden, höchstens die Zigarrenindustrie. Wenn der Referent gesagt habe, daß der Gewerbeinspektor nur eine Mittelsperson zwischen Kreisarzt und Polizei sei im Sinne des § 6 des Gesetzes, so sei das nicht ganz zutreffend; denn der Gewerbeinspektor sei „Polizei im Sinne des § 6;" daher müsse sich der Kreisarzt mit ihm als Polizei in Verbindung setzen. Im allgemeinen sei es selbstverständlich, daß der Gewerbeaufsichtsbeamte sich der Mitwirkung der Kreisärzte versichern werde. Wenn die Verhältnisse auch meist einfach lägen, so könnten doch immer Fälle vorkommen, wo die Zusammenarbeit nötig und der Kreisarzt in Anspruch genommen werden würde.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth betont, daß auch in dem großen Wassergesetzentwurf der Kreisarzt kaum erwähnt sei; das schade aber soviel nicht. Der Gesetzgeber weiß, daß der Kreisarzt auch ohne dies als hygienischer Sachverständiger hineinkommt. § 7 betrifft Schädigungen der öffentlichen Gesundheit, während § 6 den Schutz der Hausarbeiter selber im Auge hat, für den in erster Linie der Gewerbeaufsichtsbeamte die Verantwortung trägt. Soweit Schädigungen der öffentlichen Gesundheit in Frage kommen, wird die Polizei den Kreisarzt heranziehen müssen. Außer den Nahrungsmittelbetrieben, feuer- und explosionsgefährlichen Betrieben kommt hier auch die Konfektionsarbeit in Betracht, insoweit übertragbare Krankheiten dadurch übertragen werden können, daß die Verfertiger von Kleidungsstücken entweder selbst mit ansteckenden Krankheiten behaftet sind oder in ihrer Familie derartige Erkrankungen herrschen. Auch der II. Internationale Heimarbeiterkongreß, der in diesem Jahre tagte, hat sich dahin ausgesprochen, daß eine weitere ärztliche Mitwirkung bei der Durchführung des Gesetzes nötig ist, namentlich auch im Interesse der Minderjährigen, die einer dauernden ärztlichen Ueberwachung bedürfen. Roth weist ferner darauf hin, daß nach den Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze betr. die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten vom 25. August 1905, für Ortschaften und Bezirke, die von Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus befallen sind, hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie hinsichtlich des Vertriebes von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheiten erforderlichen Maßnahmen angeordnet werden können. Das gleiche gilt bezüglich der gemeingefährlichen Krankheiten. Auch in dieser Hinsicht ist somit die Mitwirkung der Kreisärzte bei der Ueberwachung der Hausarbeitsbetriebe erforderlich.

Geh. Reg.-Rat Mangelsdorff: Der Bundesrat hat sich im § 10 des Gesetzes das Vorrecht vorbehalten, sowohl für das ganze Reich, wie für das Land und wie für einzelne Teile des Landes bindende Vorschriften im Sinne

der §§ 6 und 7 zu erlassen. Hier können auch Handwerksbetriebe einbezogen werden, und es sei anzunehmen, daß er hiervon ausgiebig Gebrauch machen würde.

Herr Regierungspräsident erwartet ein harmonisches Zusammenarbeiten der Gewerbeaufsichtsbeamten und der Kreisärzte bei der Durchführung des Gesetzes; ohne die Mitwirkung der Kreisärzte werde das Hausarbeitsgesetz nicht durchgeführt werden können.

V. Ueber den Strafvollzug in den Vereinigten Staaten. Gerichtsarzt Dr. Hugo Marx-Berlin (Eigenbericht):

Als Amerika gegen die Neige des 15. Jahrhunderts entdeckt wurde, hatte die alte Welt schon eine stattliche Reihe vonKulturen verbraucht; alte Kulturen waren zu wiederholten Malen hervorgeholt und aufgefrischt, hatten ihren Niedergang, ihre Wiedergeburt erlebt und neuen Kulturen die Wiege bereitet. Nun eröffnete sich ein neues Land, eine neue Welt. Alte Kulturen wurden auf neuen Boden verpflanzt; diese Tatsache scheint mit wenigen Worten den kulturellen Charakter des Neulandes Amerika zu offenbaren. Es erscheint uns — das gilt auch noch vom heutigen Amerika — als ein Neuland aller und alter Kulturen. Ein unermeßliches geistiges Vermögen wird in dem Neuland investiert und trägt hier eine Rente, die gelegentlich und nicht zu selten den Kulturenertrag der alten Welt um ein wesentliches übersteigt.

Es ist von vornherein zu erwarten, und es kann gar nicht anders sein, als daß die Verpflanzung auf neuen Boden auf das Verpflanzte verjüngend wirkt. Das Ererben einer alten ortsgeborenen Kultur ist bequem, ist aber zugleich auch nicht ungefährlich. Das Trägheitsgesetz hat starke Wirkungen und ein Fortentwickeln findet bedeutende Hemmungen vor; ererbte Urteile werden leicht zu Vorurteilen und sperren die Pforten zu neuen Erkenntnisprovinzen.

In dem Augenblick aber, in dem wir uns anschicken, mit unserem Erbteil auf neuem Boden zu wirtschaften, erheben sich ganz von selbst neue Forderungen, die uns veranlassen, eine sorgfältige Inventur unseres Besitzstandes aufzunehmen, und zu prüfen, was dem neuen Zwecke dienbar, was brauchbar ist, was brauchbar sein wird, was unbrauchbar geworden ist. Mit dem Erben erneut sich aber die Erbschaft; Erbender und Erbe werden jünger.

So mußte sich denn zwischen der alten und neuen Welt ein Verhältnis herausbilden, das nicht etwa demjenigen zwischen Mutter und Kind gleichkommt, sondern etwa ein Verhältnis, wie es durch die alte Sage vom Jungbrunnen symbolisiert wird. Es ist wie das Eintauchen und Baden in dem verjüngenden Quell des Neulandes, das all das Alte auffrischt, erneut und jugendlich macht. Die neue Welt Amerika mußte notwendiger Weise wie ein Kinderland erscheinen, in dem das Gewimmel der alten Kulturen alte Gewänder abwirft und neuer Formen teilhaftig wird, und wenn wir daran denken, daß diese Verjüngung hier im schnellerem, da im langsameren Tempo vor sich geht, so werden wir bald begreifen, wie sich oft genug abgegriffener Kulturkram neben neuen und unerhörten Formen vorfindet, wie die großen Gegensätze nebeneinander existieren, wie eine unbegrenzte Möglichkeit von Erscheinungen das Gepräge dieses Neulandes wird. Wenn so Amerika einmal als das Land der Gegensätze, zum anderen Male als das Land der unbegrenzten Möglichkeiten bezeichnet wird, so finden diese Bezeichnungen ihre Begründung in dem übergeordneten Begriff des Neulandes aller und alter Kulturen.

Es ist klar, daß sich aus diesem Kulturengemisch im Laufe der Jahrzehnte nun wiederum etwas wie eine einheitliche Kultur herausbilden mußte; dafür sorgt die besondere Gestaltung der rein natürlichen Verhältnisse, dafür sorgt eine gewisse Einheitlichkeit der Lebensnotwendigkeiten der politischen und ökonomischen Zwecke. Es ist weiterhin ebenso klar, daß mit dem Aelterwerden dieser immerhin noch neuen Kulturen auf der einen Seite alle Segnungen, auf der anderen Seite aber alle Nachteile einer älter werdenden Kultur sich breit machen mußten. Dennoch liegen die Verhältnisse in der neuen Welt ganz anders wie in der alten; denn bis heute und vorläufig noch für unabsehbare Zeiten ist ein Strom der Wanderungen von der alten in die neue Welt gerichtet; immer von neuem verjüngt sich die Menschheit, drüben, jenseits des großen Wassers durch Zufluß von kulturfremden und damit von kulturjungen Elementen. Sind es auch heute nicht mehr in dem Maße wie früher die höchstkultivierten Länder wie Deutschland, die das neue und junge Menschenmaterial liefern, so sind dafür Länder wie Rußland eingetreten, aus denen sich Jahr

für Jahr ein neuer machtvoller Strom von Menschenkindern in die neue Welt ergießt. Es ist demnach dafür gesorgt, daß in das Kulturgewimmel der neuen Welt sich immer wieder neue Erscheinungen mischen, daß das drüben zirkulierende Blut immer wieder von neuen Elementen beständig durchdrungen und belebt wird.

Alle diese Momente haben es mit sich gebracht, daß nicht nur die Art, sondern auch das Tempo der Fortentwicklung ein anderes ist und sein mußte, als in der alten Welt. Schnell und leicht wird Altes fortgeworfen und Neues versucht, um bald noch Neuerem den Platz frei zu machen und wie die Urteile, so werden auch die Vorurteile nicht alt. Bald sind Werte umgewertet, das Umgewertete wächst rapid zu superlativischer Bewertung, um morgen schon in der Versenkung des Nichts zu verschwinden. Das ist der allgemeine Eindruck, den Berichterstatter einmal aus den Beobachtungen von Männern gewonnen hat, die als gründliche Kenner des Amerikanismus gelten dürfen. Dieser Eindruck ist ihm dann aber lebendiger geworden, als es ihm vergönnt war, im vergangenen Jahre eine allerdings nur kurz bemessene Frist in Amerika zu sehen und zu erleben. Leicht verfällt man in den Fehler und vielleicht nirgends leichter als in Amerika, nach kurzer, allzu kurzer Erfahrungsfrist mit anspruchsvollem Endurteil über amerikanisches Land und amerikanische Leute seine Mitmenschen zu beglücken; daneben ist dieser Fehler fast so alt und gefährlich wie ein fast spezifisch deutscher anderer Fehler, der nämlich, daß wir zu leicht und ohne gehörige Kritik fremdländische Institutionen preisend über die Einrichtungen unseres Vaterlandes erheben. Berichterstatter hat sich gewissenhaft bemüht, sich von beiden Fehlern gleich frei zu halten, und es dadurch möglich zu machen versucht, daß er sich bei seinem Aufenthalt in Amerika mit bewußter Absicht auf das Studium solcher Einrichtungen beschränkte, deren Art und Zweck ihm durch seinen Beruf in der Heimat geläufig und geistiges Eigentum geworden waren. Die Beschäftigung als Gerichts- und Gefängnisarzt war es ganz besonders, die ihm verlangend machte, die entsprechenden Einrichtungen Amerikas aus eigener Anschauung kennen zu lernen; hierüber will er berichten und versuchen, nicht bloß ein beredtes Beispiel spezifisch amerikanischen Geistes, sondern auch Vergleiche mit den hiesigen Verhältnissen zu geben.

Die Einrichtungen des amerikanischen Strafvollzuges sind in jeder Beziehung ein treuer Spiegel amerikanischen Kulturengepräges. Der Stempel, der allen einschlägigen amerikanischen Einrichtungen aufgeprägt ist, ist der der Jugendlichkeit, im besten Sinne dieses schönen Wortes! Man ist auf diesem Gebiete in den Vereinigten Staaten mit einer unerhörten Frische am Werk; ja oft geradezu mit einer ganz unverkennnbaren Kindlichkeit und Kindhaftigkeit, die hier und da Formen gezeitigt hat, die uns alte Europäer seltsam anmuten. Gerade im Gebiete des Strafvollzuges wird man drüben erfahren können, daß der Amerikaner einem großen Kinde gleicht, das mit superlativischen Eifer dem Neuen sich zuwendet, dem Neuen, das in Wirklichkeit oft nur ein Stück alter Kulter ist, dem aber kindhaftes oder jünglingshaftes Beginnen ein neues Kleid geschnitten und umgehängt hat.

Aber in allem diesem Junghaften lebt doch ein großer Gedanke, für dessen Verwicklichung hier in der alten Welt seit Jahren und Jahren von den Besten gekämpft wird. Der kindhafte Mensch ist geneigt, den Blick der Gegenwart zuzuwenden und mit der zunehmenden Reife die Gegenwart als Bringerin der Zukunft zu behandeln; die Vergangenheit wird von ihm schneller und leichter überwunden. Das Licht der Gegenwart leuchtet ihm so stark, daß die Schatten der Zukunft nicht verdunkelnd dieses Lichtes Kreis verwirren können. Wie lange kämpfen wir Deutschen nun schon den Kampf um die Geltung der Sühne und der Besserungstheorie im Strafrecht. Wie lange quälen wir uns schon mit der Beantwortung der Frage, ob es besser sei und richtiger, das Verbrechen zu sühnen oder den Verbrecher zu bessern. Noch immer stehen sich die beiden Heerlager gegenüber und verzehren einen guten Teil ihrer Kräfte in diesem allzu unfruchtbaren Streit, statt gemeinsam Seite an Seite in dem großen Kampfe gegen das Verbrechen zusammen zu stehen. Amerika ist jung und frisch genug, um in diesem Zwiespalt kein Problem zu sehen. Da gilt die Gegenwart und die Zukunft, und keine andere Frage hat Geltung und ist der Beantwortung wert, als die: Wie kann künftiges Verbrechen verhindert werden? Ja, das Verbrechen selbst ist drüben kaum ein geläufiger Be-

griff der Praxis, statt deren man sich lieber der lebendigen Gestalt des Verbrechers zuwendet.

Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher erscheint wie die Verschmelzung zweier Keime, deren einer vielleicht nicht anderes ist, als der Gedanke von der alten Erbsünde, und deren anderer als Sämling moderner deterministischer Naturauffassung gelten kann. Amerika als das Neuland und Kinderland mußte einem anderen Gedanken notwendigerweise das Leben geben, dem Gedanken, daß der Verbrecher von seiner Vergangenheit losgelöst und einer Zukunft zugeführt werden könne und müsse, die ihn so erscheinen ließe, als ob er selbst auf jenem Boden gewachsen sei, der alle Glieder dieses großen Volkes hervorgebracht und getragen hat. Der Schwerpunkt des Strafvollzuges in den Vereinigten Staaten mußte somit einzig und allein in das Bestreben verlegt werden, den Rechtsbrecher zu bessern; dies setzt einen besserungsfähigen Rechtsbrecher voraus und läßt zugleich den Grundsatz erkennen, daß das Verbrechen, wenn zunächst einmal von lediglich sozialen Momenten abgesehen wird, einem reformbedürftigen Menschen zuzuschreiben ist. Wenn man dementsprechend für die Art der Lehre von Verbrechen, der man in den Vereinigten Staaten anhängt, ein Schlagwort finden will, so wüßte ich kein besseres als die Lehre von dem Verbrecher aus Unreife. Das wäre die beste Ueberschrift für das große Kapitel des Strafvollzuges in Amerika; es sollte auch die Ueberschrift für unser künftiges Deutsches Strafvollzugsgesetz sein.

In der Tat findet man in allen Strafvollzugseinrichtungen in den Vereinigten Staaten den Gedanken von dem besserungsbedürftigen und besserungsfähigen Verbrecher in die Wirklichkeit übersetzt; man hat diese Uebersetztung mit einer wahren Begeisterung, mit einem unverkennbaren Enthusiasmus besorgt. In den breiten Schichten der Bevölkerung lebt ein lebendiges Interesse für die Angelegenheit des Strafvollzugs; es dürfte kaum ein instruktiveres Beispiel hierfür genannt werden können, als die Existenz und die Wirksamkeit der New-Yorker Gefängnisgesellschaft. Das ist eine Gesellschaft, die aus Männern besteht, die irgend wie und wo im privaten Leben tätig sind, d. h. aus Privatleuten. Gleichwohl hat die Gesellschaft offizielle Befugnisse, die später noch kurz berührt werden. Die Newyorker Gefängnisgesellschaft — ähnliche Gesellschaften gibt es in anderen Großstädten und Staaten der Union — propagiert die Interessen des Strafvollzuges; von ihr ist die Einrichtung des „Gefängnistages“ (Prison Day) ausgegangen. An jedem letzten Sonntag des Monats Oktober wird von den Kanzeln fast aller Kirchen der Vereinigten Staaten über Angelegenheiten des Strafvollzuges gepredigt; das öffentliche Interesse wird für diese Dinge wachgerufen, es werden Mittel gesammelt, Flugblätter verteilt. Seit dem letzten Jahre erscheint auch eine Revue einer amerikanischen Nationalgesellschaft für das Gefängniswesen.

Die Newyorker Gefängnis-Gesellschaft hat das Recht, die staatlichen Gefängnisse zu besuchen, zu berichten, Reformen anzuregen. Sie führt die Aufsicht über diejenigen Gefangenen bezw. Verurteilten, die vor Ablauf ihrer Strafmaximums aus den Gefängnissen entlassen werden, die sog. Parolisierten. Zu den Wesenseigentümlichkeiten amerikanischer Strafrechtspraxis gehört die unbestimmte Verurteilung. Es wird dem Verurteilten ein Strafminimum und ein Strafmaximum zuerteilt, und innerhalb dieser Zeit kann er nach Verbüßung des Minimums nach beliebiger Zeit entlassen werden, wenn seine Führung im Gefängnis und der Erfolg der mit ihm vorgenommenen Besserungsversuche erkennen lassen, daß der Gefangene diejenigen Qualitäten erworben hat, die ihn zu einem friedlichen Leben in der Freiheit geeignet machen.

Jedem Gefängnis ist eine Kommission aus Richtern und Bürgern, die von dem Gouverneur des Staates ernannt werden, zugeteilt. Sie entscheidet darüber, ob und wann der Gefangene nach Verbüßung des Strafminimums auf Parole entlassen, ob er parolisiert werden kann. Wird die Frage bejaht, so wird der Gefangene in die Freiheit entlassen, es wird ihm eine Arbeitsstelle beschafft, und nun steht er draußen in der Freiheit für eine bestimmte Zeit, mindestens 6 Monate, oft aber länger bis zu einem Jahr, unter der Aufsicht entweder der Behörden oder einer jener Gesellschaften wie der Newyorker Gefängnis-Gesellschaft. Diese Gesellschaft hat besondere Beamte, Parole-Offiziers, angestellt, die die Ueberwachung der vorläufig Entlassenen besorgen. Zeigt es sich, daß der vorläufig Entlassene seine Freiheit nicht zu gebrauchen

versteht, so kann er jederzeit in die Anstalt zurückgeholt werden. Im übrigen ist der Parolisierte verpflichtet, von Zeit zu Zeit schriftlich seiner Gefängnisbehörde über seine Lebensführung zu berichten.

Mit besonderer Liebe ist man um den Strafvollzug an Jugendlichen und erstmaligen Rechtsbrechern besorgt; dabei zieht man die Grenze des jugendlichen Alters in der Union recht weit, in der Regel von 26.—30., in einzelnen Staaten, wie in Massachusets, bis zum 40. Lebensjahre. Man hat für diese Klasse von Rechtsbrechern besondere Gefängnisse gebaut, die sog. Reformatories, von denen das erste und bedeutendste zu Elmira im Staate Newyork schon im Jahre 1876 errichtet wurde. Man sieht aus dieser Jahreszahl, daß die Praxis dieser Bestrebungen nicht etwa eine Frucht hypermodernster Humanität ist; man erkennt ferner daraus, daß diesem einem ersten Reformatory zahlreiche Reformatories in allen Bundesstaaten nachgebildet sind, daß die erzielten Erfolge der Mühe und des Geldes wert sind. Mörder sind von der Aufnahme in die Reformatories ausgeschlossen; sie verfallen eher und öfter drüben dem Henker als bei uns.

Wie man in den einzelnen Reformatories verfährt, wird von dem Berichterstatter später bei der Demonstration der Lichtbilder geschildert. Der Grundgedanke der Behandlung der untergebrachten Gefangenen ist der Gedanke der Reformierung des Rechtsbrechers, der Reformierung an Körper und Geist in einer Art und in einem Sinne, der außerordentlich lebhaft an die schönen Erziehungsgedanken erinnert, die wir in der pädagogischen Provinz in Wilhelm Meisters Wanderjahren vorfinden; jedenfalls ein trost- und hoffnungsreicher Gedanke, in unserer eigenen Kultur den Quell für die Gedanken zu finden, die in Amerika die Erziehung des Rechtsbrechers leiten. Das besondere Gewand ist allerdings amerikanisch und trägt das Muster der vorher geschilderten Eigenart des amerikanischen Volkes.

Für die jugendlichen Rechtsbrecher unter 16 Jahren hat man in Amerika Einrichtungen getroffen, die noch über die Institutionen der Reformatories gestellt werden müssen: die sogenannten Reform- und Industrial-Schools, Schulen, in denen die Knaben und Mädchen, die vom Richter in diese Anstalten geschickt werden, zu einem tätigen und praktischen Leben auf großen Farmen herangebildet werden.

Manchem mag es scheinen, daß der Handhabung des Strafvollzuges in den Vereinigten Staaten ein gut Teil von Ueberhumanität oder gar Sentimentalität innewohnt. In Wirklichkeit ist es aber keineswegs berechtigt, hier von Sentimentalität oder von einem Uebermaß von Philantropie zu reden. Bei jeder Erziehung ist eine wesentliche Forderung, das Vertrauen des zu Erziehenden zu gewinnen und zu zeigen, daß man es gut mit ihm meint und daß alle Kräfte bei seiner Erziehung im Spiel sind. Man will bewußt dem jugendlichen Rechtsbrecher die Vorzüge eines besseren Daseins vor die Augen stellen, um ihn so zu bessern, ihm das menschenwürdigere Dasein liebenswert zu machen. Man will seine Beziehungen zur freien Außenwelt erhalten; man will ihm während seiner Gefängnishaft nicht hinab in die Tiefe, sondern auf eine höhere Stufe des Daseins führen. Aus diesem Prinzip erklären sich so manche Einrichtungen, die besonders wunderlich und übertrieben erscheinen. So wird man sich wundern zu hören, daß jedes große amerikanische Gefängnis seine eigene Zeitung hat; weniger wird man sich darüber wundern, wenn man die Bedeutung der Presse in Amerika überhaupt berücksichtigt, und begreiflich wird man diese Einrichtung finden, wenn man sich in die oben entwickelten Grundsätze amerikanischen Strafvollzuges hineingedacht und hineingelegt hat. Man wird sich auch nicht mehr wundern, wenn man hört, daß den Insassen der Gefängnisse in Telegrammen die neuesten Tagesereignisse, besonders natürlich die sportlichen Ereignisse mitgeteilt werden.

Wie wenig sentimental man drüben in der Handhabung des Strafvollzuges ist, wird sofort klar, wenn man die Kehrseite der Medaille ansieht. Zeigt sich eine Person allen Besserungsversuchen gegenüber unbeeinflußbar, hat also Jemand etwa ein Reformatory passiert und zeigt später rückfällige Neigung zu verbrecherischer Betätigung, begeht er mit anderen Worten neue schwere Straftaten, so trifft ihn unbarmherzig und voll die ganze Härte des Strafgesetzes. Interessant ist in dieser Beziehung der Jahresbericht des Eastern-Penitentiary in Philadelphia, in dem die kriminellen Vorgeschichten einer Anzahl von dort inhaftierten Verbrecher kurz skizziert sind; da begegnet man nicht selten Straf-

urteilen von 30, 40 und mehr Jahren für Straftaten, die bei uns gelinden Falles etwa mit wenigen Monaten oder doch nur mit wenigen Jahren geahndet worden wären. Auch die Tatsache, daß man die Jugendlichen nicht unter einem Jahre in den Reform-Gefängnissen hält, zeigt, daß man selbst in diesen Reformanstalten längere Strafen vollstreckt, als bei uns in entsprechenden Fällen, die wir leider immer noch zu häufig mit ein paar Monaten büßen lassen.

Es folgt hierauf eine Demonstration, bei der folgende Lichtbilder vorgeführt wurden:

1. Der Doppelschraubendampfer Amerika. 2. Ein Bild vom Leben an Bord. 3. Ein New-Yorker Wolkenkratzer. 4. Das Zuchthaus Sing-Sing. 5. Ein Zellenflügel in Sing-Sing. 6. Ein elektrischer Hinrichtungsstuhl. 7. Reformatory Rahway (New Jersey). 8.—13. Bilder aus dem Frauen-Reformatory in Bedford (New-York). 14.—34. Bilder aus dem Reformatory in Elmira (New-York). 35. Niagara-Fälle. 36.—37. Bilder aus der Agriculture- und Industrial-School in Industry (New-York). 38.—39. Universitätsgebäude der Havard-Universität. 40.—43. Bilder aus den Reformatories des Staates Massachusets. 44. Penitentiary in Philadelphia. 45.—47. Hafenbilder von New-York.

Der außerordentlich fesselnde Vortrag wurde durch prächtige Lichtbilder aus den Gerichtsgefängnissen von Nordamerika erläutert, wohin der Vortragende im Jahre 1911 eine Studienreise unternommen hatte.

Der Herr Regierungspräsident nahm Anlaß, dem Vortragenden den aufrichtigen Dank der Versammlung für die interessanten Darbietungsn auszusprechen.

Die Sitzung erreichte um 1/25 Uhr ihr Ende, worauf sich die Mehrzahl der Teilnehmer noch zu gemeinschaftlichem Abendessen im „Weihenstephan", Schöneberger Ufer, vereinten. Dr. Roth-Potsdam.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Cöln am 30. Januar 1913, nachmittags 12 1/2 Uhr, im Saale der Lesegesellschaft in Bonn.

An der Versammlung, die der Herr Regs.-Präs. Dr. Steinmeister leitete, nahmen teil: die Herren Ob.-Reg.-Rat Fink-Cöln, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rusak-Cöln, Geh. Reg.-Rat Weckbecker-Cöln, Prof. Dr. Siegert-Cöln, Geh. San.-Rat Dr. Remmets-Honnef, Landes-Med.-Rat Dr. Knepper-Düsseldorf, Oberbürgermeister Spiritus-Bonn, die Beigeordneten Dr von Gartzem-Bonn, Zartmann-Godesberg und Dr. Krautwig-Cöln, sämtliche Landräte des Bezirkes mit Ausnahme desjenigen des Kreises Rheinbach, die Bürgermeister Schröter-Bergisch Gladbach und Plum-Siegburg, die Reg.-Assessoren vom Rath-Cöln, Dr. v. Dircksen-Bonn und v. Lücken-Rheinbach, sämtliche Kreis- und Gerichtsärzte des Bezirks mit Ausnahme des durch Krankheit verhinderten Geh. Med.-Rats Dr. Esch-Waltrup-Cöln, Kreisassistenzarzt Dr. Peters-Cöln, die kreisärztlich geprüften Aerzte Dr. Wirtz und Dr. Schrammen-Cöln, die Reg.-Referendare Frhr. v. Hövel und Voß-Cöln.

Zunächst begrüßte der Herr Regierungspräsident die Versammlung; bei der Wichtigkeit der Tagesordnung, die sich zuerst mit der allgemeinen Frage der Regelung der Wohlfahrtspflege und dann mit der besonderen Erörterung der Säuglingsfürsorge zu befassen habe, habe er auch die Herren Landräte und einige andere Herren, bei denen ein besonderes Interesse erwartet werden konnte, eingeladen. Darauf wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. a) Organisation der Wohlfahrtspflege in den Städten. Beigeordneter Dr. Krautwig-Cöln:

Unter den heutigen Verhältnissen sei der einzelne nicht mehr imstande, die äußeren Lebensbedingungen so zu beeinflussen, daß seine und seiner Familie Gesundheit gewährleistet würde. Staat und Gemeinden müßten eingreifen und insbesondere die weniger leistungsfähige Benölkerung beraten und unterstützen, vor allem bei den Fragen der Ernährung und Wohnung, des Schutzes vor ansteckenden Krankheiten, der geeigneten Versorgung im Krankheitsfalle. Wohnungs- und Ernährungsfrage hätten bei uns infolge des erheb-

lichen Anwachsens der Bevölkerung und vor allem der Zunahme der Zahl und des Umfanges der Großstädte eine besondere Wichtigkeit gewonnen.

Der Einwand gegen die sozial-hygienischen Bestrebungen, daß durch die Erhaltung der Schwachen und Kranken die Leistungsfähigkeit des gesamten Volkes heruntergedrückt würde, sei unberechtigt; denn abgesehen davon, daß ein Schwächlicher der Gesellschaft nützlicher sein könne als hundert starke Menschen, kämen die getroffenen Maßnahmen direkt oder indirekt auch den Gesunden zugute und förderten die gesunde Entwicklung der Gesamtheit. Zudem beständen bis zu einem gewissen Grade auch gesetzliche Verpflichtungen zur Wohlfahrtsarbeit, z. B. bei der Tuberkulose.

Die Gemeinden sollten an allen Zweigen der Wohlfahrtsarbeit Interesse haben. An erster Stelle stehe die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, dann die der Tuberkulose. Weiter kämen in Betracht die Fürsorge für das vorschulpflichtige, das schulpflichtige und das nachschulpflichtige Alter, dann die Fürsorge für Trinker und Geisteskranke, für Krebskranke, für Krüppel, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Sorge für gute Wohnungen und für Wohnungspflege, für die erste Hilfe und den Krankentransport, die Kranken- und Wöchnerinnenpflege.

Im Anfange der Entwicklung der Wohlfahrtsbestrebungen seien häufig die einzelnen Fürsorgegebiete zu einseitig betont und überschätzt. Später habe sich dies geändert, indem der eine Fürsorgezweig auch auf andere Einfluß zu gewinnen trachtete. So sei es dazu gekommen, daß häufig die verschiedensten Fürsorgegebiete an der gleichen Stelle eingriffen. Wenn dann weiter nicht nur städtische Fürsorge, sondern auch zahlreiche private Vereine und Organisationen auf dem Gebiete charitativer Wohltätigkeit ihre Bestrebungen entfalteten, so führe das zu Unzuträglichkeiten und Schwierigkeiten.

Die Zentralisation der gesamten Fürsorgearbeit sei notwendig, was auch schon von verschiedenen Seiten hervorgehoben sei, u. a. auch durch den Erlaß des Herrn Oberpräsidenten der Rheinprovinz vom 17. September 1912. In erster Linie müsse eine Verwaltungszentrale erstrebt werden, die als Auskunftstelle sowohl der öffentlichen Armen- und Wohlfahrtspflege, wie allen Organen der privaten Wohlfahrtspflege die gewünschten Informationen über Arme und Hilfsbedürftige erteile; dadurch würde der häufig beobachteten unberechtigten Ausnutzung der einzelnen Stellen vorgebeugt. Außerdem solle die Zentralstelle auf Wunsch die einzelnen Vereinigungen über geeignete Maßregeln beraten. Ferner wäre in großen Städten zu empfehlen, daß sie in regelmäßigen oder gelegentlichen Versammlungen ihre Erfahrungen allen Beteiligten zur Kenntnis brächte. Die Zentrale dürfe nicht den Eindruck erwecken, als wenn aus ihrer Tätigkeit dem städtischen Geldsack Vorteile entständen; auch dürfe sie die einzelnen Vereine in ihrer Selbständigkeit und Eigenart nicht beeinflussen.

Zentralen als Auskunftsstellen beständen bereits in einer Reihe von Städten, z. T. von privaten Vereinigungen, z. T. von den Städten eingerichtet. Sie erstrecken sich aber zumeist nur auf engere Arbeitsgebiete, so das der Armenverwaltung oder der Jugendfürsorge. Der Versuch, die Hauptzweige der Fürsorgetätigkeit (Tuberkulose-, Säuglings- und Trinkerfürsorge) auch in der Verwaltungsstelle zusammenzufassen, sei seines Wissens bisher nur in Düren und Posen sowie bis zu einem gewissen Grade in Charlottenburg Schöneberg und Cöln gemacht.

In Düren sei vor mehreren Jahren nach den Vorschlägen des Beigeordneten Meyer ein Wohlfahrtsamt eingerichtet und zwar im engsten Anschluß an die Armenverwaltung. Die einzelnen privaten Fürsorgestellen lasse es vollkommen selbständig; die Aerzte und Fürsorgeschwestern überwachten, pflegten, ermittelten und machten Vorschläge. Die Prüfung der einzelnen Hilfsmöglichkeiten wie die Prüfung und Regelung der Kostenfrage sei Sache der Zentrale; sie habe selbst wenig Mittel, suche aber von Vereinen und Behörden Gelder aufzubringen. Diese Zentrale sei also keine reine Auskunftstelle, sondern auch an der Durchführung der Fürsorgemaßnahmen beteiligt. Für Düren mit seiner freigebigen Bürgerschaft dürfte die Art der Einrichtung zweckmäßig sein. Sonst aber müßte in größeren Städten die Einrichtung und die Kosten einer wirksamen Säuglings- und Tuberkulosefürsorge in erster Linie von der Stadt getragen werden; die privaten Vereinigungen solle man bereitwillig mitarbeiten lassen. Mit der einfachen Beratung komme man nicht weit; es seien erhebliche Geldmittel notwendig.

Die Verwaltungszentrale sei am besten als besonderes Wohlfahrtsamt einzurichten, das nicht in der Armenverwaltung aufgehen dürfe, aber mit ihr in beständigem Zusammenhang bleiben müsse. Die Leitung, zum mindesten aber die Beratung des Amtes durch einen Arzt sei unbedingt erforderlich: er müsse den ärztlichen Fürsorgedienst auf den einzelnen Stellen organisieren und die vorgeschlagenen Maßnahmen sachverständig begutachten.

Was die Zentralisierung der Tätigkeit der Fürsorgeschwester angehe, so teile er nicht die von v. Drigalski-Halle hinsichtlich der Infektionsübertragung geäußerten Bedenken. Eher sei es ihm zweifelhaft, ob die Schwester nach ihren Kenntnissen und Fähigkeiten die gesamte Fürsorgetätigkeit zu beherrschen imstande sei. Heute gäbe es nur wenige solche; jedoch könne man gegen entsprechende Bezahlung genügend vorgebildete und genügend fähige Persönlichkeiten finden. Neben rein spezialistischen Kenntnissen (von der Ernährung und Pflege des Säuglings, dem Rechtsschutz des unehelichen Kindes, den Bestimmungen der sog. Versicherungsgesetze) müsse man für die praktische Arbeit verlangen eine Durchbildung in der allgemeinen Hygiene und praktische Kenntnisse der Hauswirtschaft; außerdem seien Energie und Herzensgüte als persönliche Eigenschaften unerläßlich. Die Ausbildung solcher Schwestern würde am besten von den Akademien für praktische Medizin vorzunehmen sein.

In Posen habe man bereits den Fürsorgedienst bei Tuberkulösen, Säuglingen und Trinkern zusammen in die Hände einer sogen. Gemeindepflegerin gelegt und wolle ihr allmählich auch die gesamte Kinderfürsorge anvertrauen. In Halle planten die Vorstände der Fürsorgestellen für Säuglinge, Lungenkranke, Wöchnerinnen, Krüppel und Trinker ebenfalls eine Zusammenfassung der Fürsorgetätigkeit.

Was die Fürsorgeärzte angehe, so bestehe die Schwierigkeit, ob der Arzt Spezialist sein solle und also eine Reihe von Aerzten für die einzelnen Zweige anzustellen wären, oder ob die gesamte Fürsorge einem einzigen, etwa von der Kommune im Hauptamt angestellten Arzte übertragen werden solle. Dr. Gottstein-Charlottenburg wolle die gesamte Fürsorge eines bestimmten Stadtbezirkes einem Arzte zuweisen, der im Hauptamt Kommunalarzt wäre. Die Frage der Fürsorgeärzte sei noch nicht endgültig zu entscheiden. In kleineren Städten würde man denselben Arzt für die verschiedenen Zweige zum Leiter und Berater bestellen. Auch in größeren Städten würde man geeignete Aerzte finden. Es sei wünschenswert, daß den Aerzten zu einer systematischen Ausbildung in entsprechenden Fortbildungskursen Gelegenheit gegeben würde. Die Akademien für praktische Medizin seien der Ort für solche. Im Seminar für soziale Medizin in Berlin seien bereits solche Kurse eingerichtet.

In ganz großen Städten werde man wohl die Spezialärzte nicht entbehren können. Um so mehr sei eine Zentralstelle in der Verwaltung der Wohlfahrtspflege notwendig, bei der ein Arzt in leitender Stellung tätig sei, um die Vorschläge der Spezialisten auf ihre Durchführbarkeit und allgemeine Wichtigkeit zu prüfen. Manche Großstädte verfügten bereits heute über eigne Verwaltungsärzte; sonst seien die Kreisärzte, ärztliche Stadtverordnete oder Privatärzte, die in der sozialen Hygiene bewandert wären, zu solchen Stellungen geeignet.

Der Redner faßte seine Ausführungen zu folgenden Leitsätzen zusammen:

„1. Das Nebeneinanderarbeiten der einzelnen sozialhygienischen Fürsorgezweige führt zu manchen Schwierigkeiten und Schäden, die den Gesamterfolg beeinträchtigen. Eine Zusammenfassung der einzelnen Arbeitsgebiete erscheint dringend erwünscht.

2. Am dringlichsten und auch am leichtesten erreichbar ist eine Zusammenfassung und Vereinheitlichung in der Verwaltung. Diese Verwaltungszentrale muß zum mindesten für die einzelnen Fürsorgezweige eine Auskunft- und Beratungsstelle sein. Erwünscht ist aber auch, daß sie bei Fürsorgestellen, welche von demselben Träger (Gemeinde) unterhalten werden, die Aufsicht und Leitung der einzelnen Fürsorgestellen übernimmt.

In dieser Verwaltungszentrale ist die Beratung durch einen Arzt dringend erwünscht. Die Frage, ob dem Arzte die Leitung oder die Beratung der Zentrale zu übertragen ist, entscheidet sich nach örtlichen und persönlichen Verhältnissen.

2. Die Zentralisation der ärztlichen Fürsorge in den einzelnen Beratungsstellen ist möglich, in kleineren Städten und auf dem Lande unbedingt nötig. Die erfolgreiche Betätigung des Arztes auf den einzelnen Fürsorgegebieten setzt eine genaue Kenntnis der sozialen Hygiene voraus. Vermehrte Ausbildungs- und Fortbildungsgelegenheiten sind in dieser Richtung anzustreben.

Die Frage, ob auch in Grostädten die ärztliche Versorgung der einzelnen Fürsorgezweige zu vereinheitlichen und etwa beamteten (staatlichen oder kommunalen) Aerzten zu übertragen ist, oder ob die Heranziehung von Spezialärzten mindestens für die Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge vorzuziehen ist, ist zurzeit noch nicht spruchreif. Die Heranziehung der Spezialärzte erscheint möglich, vielleicht auch wünschenswert, wenn die Zentralisierung der Verwaltungsarbeit und der Tätigkeit der Fürsorgeschwester möglich ist.

4. Die Uebertragung der gesamten sozialhygienischen Fürsorge auf eine Fürsorgeschwester ist dringend erwünscht und bei geeigneter Vorbildung derselben auch möglich, vergleiche das Posener Beispiel.

5. Da die Entwickelung der Fürsorgetätigkeit noch in vollem Flusse ist, so sollen die Leitsätze nur ein vorläufiges Programm darstellen; auf alle Fälle ist zu betonen, daß je nach den lokalen Verhältnissen verschiedene Systeme der Zusammenfassung und Vereinheitlichung möglich und nützlich sein können."

b) Vereinheitlichung der Wohlfahrtspflege auf dem Lande. Landrat Gerdes-Waldbröl:

Die Wohlfahrtspflege überhaupt könne man in 4 Gruppen zergliedern: in die wirtschaftliche, die erziehlich-sittliche, die allgemein-kulturelle und die gesundheitliche; die letztere, die gesundheitliche Fürsorge, bilde die Wohlfahrtspflege im engeren Sinne. Die Möglichkeit ihrer Vereinheitlichung in Landkreisen zu erörtern, sei seine Aufgabe. Unter Vereinheitlichung verstehe er dabei nicht ohne weiteres und allein ein Zentralisieren von seiten des Kreises, sondern überhaupt ein planmäßiges Zusammenfassen der Wohlfahrtspflege, sei es durch private Organisationen, sei es durch Gemeinden oder Bürgermeistereien, oder sei es schließlich durch den Kreis selbst. Welches Gebiet der Wohlfahrtspflege einem öffentlichen Verbande, welches privaten Vereinigungen zugewiesen werden solle, ließe sich allgemein und von vornherein nicht entscheiden.

Die Vereinheitlichung könne entweder so durchgeführt werden, daß eine bestimmte Pflegetätigkeit für einen größeren Bezirk von einer Zentrale aus direkt geleistet werde, oder daß die Zentrale mehr leitende als selbst leistende Aufgaben habe. Die Frage, wo zu zentralisieren sei, müsse von Fall zu Fall entschieden werden; es sei Rücksicht zu nehmen auf die Unterschiede, die nicht nur zwischen Stadt- und Landkreisen beständen, sondern auch zwischen den einzelnen Landkreisen nach Siedelungsverhältnissen, nach Bevölkerungsziffer, nach sozialer Struktur, nach wirtschaftlicher Lage und vor allem nach finanzieller Leistungskraft. Die weitere Frage nach der Trägerschaft der Kosten der Wohlfahrtspflege komme zunächst erst in zweiter Linie in Betracht; doch werde sie wohl möglichst in die Gemeinden zu verlegen sein; es sei aber auch hier eine Anpassung an die besonderen Verhältnisse der einzelnen Kreise geboten. Schließlich müsse man bei der Vereinheitlichung darauf achten, die vorhandenen Organisationen in ihrer Verfassung und Arbeit zu erhalten und ihre Mitwirkung sich zu sichern.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen streifte der Vortragende, inwieweit in den Landkreisen die Wohlfahrspflege auf dem wirtschaftlichen, dem erziehlich-sittlichen und dem allgemein-kulturellen Gebiete bereits vereinheitlicht ist. Er kommt dabei zu dem Schlusse, daß die Frage, ob die erwähnten Aufgaben eine direkte Lösung durch die Kreise oder eine kreisweise Zusammenfassung der mit ihnen beschäftigten Unterverbände, eine direkte Lösung durch den ganzen Kreis umfassende freie Organisationen oder durch freie Organisationen örtlichen Umfanges mit einer freien Zentralisierung im Kreise bedingten, nach den Verhältnissen der einzelnen Kreise entschieden werden müsse. Jedenfalls aber läge der Gedanke nahe, überall das Landratsamt mit einem Ausschuß auszustatten, in dem die Vertreter aller auf dem genannten Gebiete tätigen Organisationen und die amtlich

dazu berufenen Personen vereinigt würden, außerdem Deputierte der weiter unten zu erwähnenden Gemeindewohlfahrtsausschüsse. Dieser Kreiswohlfahrtsausschuß, der ein- oder zweimal jährlich zu tagen habe, solle lediglich ein Beratungs- und Austauschorgan sein; die direkte Arbeit müsse den vorhandenen Organisationen, bezw. dem Landratsamt vorbehalten bleiben.

Was nun das besondere Gebiet der gesundheitlichen Fürsorge angehe, so seien von Dr. Berger-Krefeld Vorschläge gemacht, freilich in nicht ganz klarer Weise. Dieser verlange die Schaffung eines Kreiswohlfahrtsamtes und die Gliederung der Wohlfahrtsbestrebungen nach dem Säuglings-, dem vorschulpflichtigen, dem schulpflichtigen und dem schulentlassenen Alter; anscheinend wolle Dr. Berger Fürsorgestellen für die 4 Stufen eingerichtet wissen. Er halte diesen Gedanken vielleicht für geschlossene größere Wohnbezirke, aber im allgemeinen für Landkreise nicht durchführbar. Praktisch wertvoller, auch für Landkreise, erschienen ihm die Dürener Einrichtungen. Es seien 4 Fürsorgegebiete geschaffen oder geplant: das der Tuberkulose- und Lupusfürsorge, das der Säuglings- und Wöchnerinnenfürsorge, das der Fürsorge für schwächliche Jugendliche und das der Krüppel- und Trinkerfürsorge. Die betreffenden Fürsorgestellen unterständen den sie einrichtenden und unterhaltenden gleichnamigen privaten Ausschüssen, denen je ein städtischer Vertreter angehöre. Diese Fürsorgeausschüsse bereiten die Vorchläge vor, die an das Wohlfahrtsamt weiter gingen, das von einem städtischen Beamten geleitet werde. Diese amtliche Zentrale sorge für die Aufbringung der Kosten und für die Veranstaltung gemeinsamer Besprechungen der Fürsorgeausschüsse, auch im Zweifelsfalle für die Bestimmung der zuständigen Fürsorgestelle. — Eine Vereinheitlichung der gesundheitlichen Fürsorge sei bisher in keinem Kreise des hiesigen Bezirkes durchgeführt.

Nachdem Vortragender dann an der Hand der Verhältnisse seines Kreises auseinandergesetzt hat, welche bedeutsame Stellung auf dem Lande bei der gesundheitlichen Fürsorge der Schwester zukommt, und wie vielfach die kommunale Hilfe bereits die Vereinsarbeit ergänzt, verlangt er als Grundlage für den Ausbau der gesundheitlichen Fürsorge die Beschaffung eines Netzes von Schwestern. Ihre Bezirke müßten so begrenzt sein, daß unbedingt jeder Fall von gesundheitlicher Fürsorge-Bedürftigkeit zur Feststellung gelange, und nach Bedürfnis territorial eingeteilt sein. Die von dem Vorredner über die entsprechend vielseitige Ausbildung der Schwestern geäußerten Bedenken teile er nicht; die Gesetzeskenntnisse halte er für entbehrlich, Beratung und Pflege auf dem Gesundheitsgebiet müssten sie allerdings umfassend beherrschen Die Anstellung besonderer Schwestern für die einzelnen Fürsorgezweige sei noch nicht angängig.

Erforderlich sei eine entsprechende allmähliche Vermehrung der Schwestern durch die in Betracht kommenden Organisationen: Frauenhilfe, Charitas, Kirchengemeinden, Orden und Vaterländische Frauenvereine. Die nötigen Mittel könnten beschafft werden durch Vereinsleistungen, Leistungen der Kirchengemeinden, der Mitleistung der Landesversicherungsanstalt, der Krankenkassen und schließlich der politischen Gemeinden. Auch die Anstellung der Schwestern könne, wenn sie von den kirchlichen Organisationen oder Frauenhilfe, oder Charitas nicht durchgeführt werde, seitens des Vaterländischen Frauenvereins oder schließlich der politischen Gemeinden erfolgen.

Die Schwestern hätten jeden Fall von Krankenpflege, von Säuglings-, Wöchnerinnen-, Tuberkulosefürsorge, von Fürsorge für schwächliche Kinder, von Lupusfürsorge zu melden. Sie wären also nicht nur zur Pflege, sondern auch zur Ermittelung bestimmt. Bei der Pflegearbeit wären sie zu unterstützen von den Helferinnen und Mitgliedern der evangelischen Frauenhilfe und der Charitasvereinigung; die Selbstarbeit der Vereinsmitglieder sei als Wacherhaltung der Nächstenpflicht von besonderer Bedeutung.

Die Meldungen der Schwestern hätten an ein und dieselbe Stelle zu gehen, an den Bürgermeister. Er versehe die Funktion des Vorstehers eines Wohlfahrtsamtes. Ihm zur Seite würde ein Wohlfahrtsausschuß gebildet. Diesem hätten anzugehören: der Schularzt, die Aerzte der Wöchnerinnen- und Tuberkuloseberatungsstellen oder von der Aerztevereinigung bestimmte Deputierte, die Vorsitzenden aller an der gesundheitlichen Fürsorge beteiligten Vereinigungen, je 1 Mitglied der Armendeputation und des Waisenrates, möglichst auch die Geistlichen und je ein älterer Lehrer und Lehrerin beider Konfessionen,

sowie ein Vertreter der Krankenkassen. Der Wohlfahrtsausschuß müßte zunächst alle Woche, später mindestens monatlich zusammentreten; bei größeren Verhältnissen wäre gegebenenfalls die Bildung eines besonderen Arbeitsausschusses zweckmäßig. Der Arbeitsausschuß solle feststellen, was innerhalb der Gemeinden der Fürsorge der einzelnen Vereinigungen zufalle, und welche Mittel verfügbar seien; er solle unter völlig freier Aufrechterhaltung der Vereinsarbeit lediglich ausgleichend wirken zwischen den Vereinen und die Verbindung mit der Armenverwaltung herstellen.

Was nun die einzelnen Fürsorgegebiete angehe, so halte er es unter so einfachen Verhältnissen, wie sie in seinem Kreise vorlägen, für angebracht, die Mutterberatungs- und Säuglingspflegestellen mit den Tuberkulosefürsorgestellen zu vereinigen. Er halte es für wünschenswert, diese Beratungsstellen kreisweise, möglichst von seiten des Vaterländischen Frauenvereins des ganzen Kreises, in angemessener Einteilung des Kreisgebietes einzurichten, wo es ginge, im Anschluß an Krankenhäuser. Die Tätigkeit eines Arztes wäre vertragsmäßig zu sichern. Die Wöchnerinnenberatung hätte alle zwei Wochen, die Tuberkuloseberatung alle 1—2 Monate stattzufinden. Es hätten sich außer dem Arzt sämtliche Schwestern einzufinden, die von diesem immer wieder zu belehren seien, und außerdem die von den Schwestern bestellten Mütter mit ihren Kindern bezw. die von ihnen ermittelten Tuberkulösen oder Tuberkuloseverdächtigen, die zu untersuchen wären und event. dort schon Spuckflaschen erhielten. Im übrigen gingen die Feststellungen und Vorschläge der Untersuchungs-Beratungsstelle, die die eigentliche ärztliche Behandlung den Kassen- oder Familienärzten zu überlassen habe, an das Gemeindewohlfahrtsamt, dem Bürgermeister, der sich mit dem Wohlfahrtsausschuß dann ins Benehmen setze. Von vornhereln die Beratungsstellen und die mit ihnen zusammenhängenden Maßnahmen dem Kreiskommunalverband zu übertragen, halte er, wenn nicht besondere Umstände vorlägen, für zwecklos; das käme erst in Frage, wenn andere Möglichkeiten fehlten. Trotzdem müsse natürlich gerade das Landratsamt in ständiger Fühlung mit den Maßnahmen der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge sein, Anregungen für die Gemeinden und Bürgermeistereien geben, fördernd und unterstützend wirken und auf diesen Gebieten ein verständnisvolles Zusammenarbeiten des Landrats mit dem Kreisarzte stattfinden.

Von der erforderlichen Fürsorge für schwächliche Jugendliche erhalte das Gemeindewohlfahrtsamt Kenntnis durch die Meldung der Schwester und außerdem durch Mitteilungen der Lehrer, Geistlichen und Schulärzte.

Die Anstellung der Schulärzte, die Einrichtung der Schulüberwachungsbogen und die der Schulzahnpflege betrachte er als direkte Gemeindeaufgaben. Sei die Unterbringung von Kindern in Ferienkolonien usw. angebracht, so vermittele die Meldung des Lehrers an das Wohlfahrtsamt das Weitere. Die Schulkinderspeisung könne je nach den Verhältnissen im Wohlfahrtsausschuß als Vereinsarbeit angeregt oder von seiten der Gemeinden angeregt werden.

Die Trinker- und Krüppelfürsorge wäre nach Meldung der Schwester an das Gemeindewohlfahrtsamt bezw. nach Mitteilungen im Wohlfahrtsausschuß auszuführen.

Im Wohlfahrtsausschuß solle auch jeder Fall von drohender Verwahrlosung Jugendlicher, jeder Fall von Pflegschaft bei unehelichen Geburten, die Haltung von Zieh- und Kostkindern, die Ergänzung und Unterstützung der Tätigkeit des Waisenrates zur Erörterung kommen. Auch die so überaus wichtige Wohnungsfrage solle dort besprochen werden, wie weiterhin die von den Aerzten und Hebammen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene gemachten Beobachtungen.

Jedem örtlichen Wohlfahrtsausschusse sei die Mitwirkung des Kreisarztes unentbehrlich; er müsse deshalb ebenso wie der Landrat zu den regelmäßigen Sitzungstagen eingeladen werden. Die kommunale Betätigung des Kreisarztes halte er für günstig; denn sie bringe ihn in eine seiner staatlichen Funktion dienliche Fühlung mit allen gesundheitlichen Verhältnissen und allen an ihrer Hebung beteiligten Bestrebungen, Vereinen und Personen. In der Einrichtung von Kommunalärzten sehe er keinen Vorteil; dadurch würde einmal das einheitliche Vorgehen der einzelnen Kreise gestört und anderseits die

Gefahr von Konflikten der Kommunalärzte mit den Privatärzten hervorgerufen, die wohl ihre Praxis als Armen- und Schularzt abgeben müßten.

Das Wohlfahrtsamt der Gemeinde oder Bürgermeisterei hätte schließlich noch die Aufgabe, für die Veranstaltung von Vorträgen auf dem Gebiet der gesundheitlichen Fürsorge, von Samariterkursen, von Kursen in Säuglingspflege, in der Ausbildung von Helferinnen im Kriegsfall zu sorgen, falls nicht bereits vom Landrat aus solche Veranstaltungen in die Wege geleitet seien.

Auf dem ganzen Gebiete der Wohlfahrtspflege müßten überhaupt Landratsamt und Gemeindewohlfahrtsamt sich ergänzen. Auf einer verständnisvollen Gemeinsamkeitsarbeit auch aller anderen auf dem Gebiete tätigen Vereine und Personen liege das Hauptgewicht; dadurch würde einer Zersplitterung vorgebeugt.

Nachdem der Vortragende zum Schluß darauf hingewiesen hatte, daß die Allgemeinheit ein bedeutendes Interesse an der Erhaltung der Gesundheit auf dem Lande haben müsse und deshalb gegebenenfalls auch Provinz und Staat den Gemeinden Mittel zur Durchführung der Wohlfahrtspflege gewähren müßten, stellte er folgende Leitsätze auf:

„Ein planmäßiges Zusammenfassen der zur Zeit in den Landkreisen in der Wohlfahrtspflege tätigen Kräfte ist zur Beseitigung und künftigen Verhütung zweckwidriger Zersplitterung anzustreben.

Unter den Landkreisen bestehen nach ihrer inneren Struktur, dem Entwickelungsstand ihrer kulturellen und wirtschaftlicken Verhältnisse, nach der konfessionellen Zusammensetzung ihrer Bewohnerschaft, nach ihrer Verkehrserschließung usw. weitgehende Verschiedenheiten. Sie lassen es unmöglich erscheinen, Grundsätze für die Zusammenfassung jener Kräfte in einer allgemeinen, ohne weiteres für die Landkreise anwendbaren Form aufzustellen.

Die Wahl der Form muß vielmehr von den jeweiligen besonderen Verhältnisse abhängig bleiben.

Wünschenswert erscheint es, in allen Kreisen einen Kreiswohlfahrtsausausschuß als eine die Beratung, den Erfahrungsaustausch, Anregung und Ueberblick vermittelnde Vertretung der auf den verschiedenen Gebieten der Wohlfahrtspflege im Kreise tätigen freien Organisationen und Behörden zu schaffen.

Im übrigen kann die Zentralisierung der Wohlfahrtsbestrebungen im Kreise dem Landratsamt überlassen bleiben. Die Schaffung eines besonderen Kreiswohlfahrtsamtes erscheint im allgemeinen entbehrlich und nur angezeigt, wo der Umfang der vom Kreis direkt geübten Wohlfahrtspflege die Abzweigung eines besonderen Amtes bedingt.

Auf dem Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge ist eine systematische Verbindung der Tätigkeit der freien Organisationen und der öffentlichen Verbände notwendig. Diese Vereinigung ist in engen Verbänden und möglichst in den Gemeinden oder Bürgermeistereien durchzuführen. Dabei ist die Selbständigkeit der freien Organisationen und ihre unentbehrliche Arbeit in der Werbung von Persönlichkeiten und Mitteln zu erhalten Anderseits ist eine finanzielle Beteiligung der Gemeinden usw. und die Bereitstellung ihrer leitenden und verwaltungstechnischen Mitarbeit unerläßlich.

Praktisch erscheint die Einrichtung:

1. eines Wohlfahrtsamtes mit der Aufgabe einer Zentrale für die Wohlfahrtsarbeit in Gemeinden oder Bürgermeisteren mit
2. nebengeordnetem Wohlfahrtsausschuß.

In ihm wird unter Leitung des Wohlfahrtsamtes die Teilung der Fürsorgearbeit unter die im Wohlfahrtsausschuß verbundenen freien Vereine und die notwendige persönliche und materielle Verbindung ihrer Arbeit mit derjenigen der Armenverwaltung hergestellt.

Die gesundheitliche Fürsorgearbeit im einzelnen hat sich auf dem Lande auf territorialer Grundlage in enger Verbindung mit der allgemeinen Krankenpflege unter Berücksichtigung der konfessionellen Verhältnisse aufzubauen. In territorial abgegrenztem, ihrer Arbeitskraft nach Siedelungs- und Verkehrsverhältnissen angepaßtem Bezirk übernimmt die Fürsorgeschwester unter Heranziehung der Arbeitskräfte der freien Organisationen (Helferinnen, Besucherinnen, Wohnungspflegerinnen) die ge-

samte Fürsorgearbeit dieses Bezirks: in Ermittlung, Verbindung mit dem Wohlfahrtsamt und Wohlfahrtsausschuß und Ausübung der Pflege.

Die Anstellung der nötigen Zahl von Schwestern ist durch die vorhandenen oder zu schaffenden freien Organisationen anzustreben mit Unterstützung der Landesversicherungsanstalt, Krankenkassen und Gemeinden, äußerstenfalls durch die Gemeinden selbst.

Ohne Rücksicht auf die Abgrenzung der Gemeinden sind für den Kreis in bestimmten Bezirken Tuberkulose-, Säuglings- bezw. Wöchnerinnen-Fürsorgestellen. event. unter Erweiterung ihrer Tätigkeit auf Krüppel-, Lupus- und Krebs-Fürsorge mit der ausschließlichen Aufgabe einer Krankheits-Feststellung und -Beratung in regelmäßig wiederkehrenden Sprechstunden an bestimmten Orten einzurichten, möglichst von einer freien Kreisorganisation (Vaterländischer Frauenverein), nötigenfalls vom Kreiskommunalverband.

Die weitere Fürsorgearbeit ist auf Veranlassung dieser Stellen vom Wohlfahrtsamt und Wohlfahrtsausschuß einzuleiten.

Die Wohlfahrtspflege in den Landkreisen als notwendiges Glied in der Kette der Maßnahmen zur Erhaltung der Quelle unserer Volkskraft auf dem Lande darf nicht abhängig sein von der Möglichkeit einer örtlichen Beschaffenheit der Durchführungsmittel. Bei dem besonderen Interesse der Allgemeinheit an der Erhaltung der Volksgesundheit auf dem Lande ist die Forderung gerechtfertigt, daß die Hülfe weiterer Verbände, nötigenfalls der Provinz und des Staates, die Bereitstellung der erforderlichen Mittel für die Wohlfahrtspflege in den Landkreisen ermöglicht.“

Diskussion:

Der Herr Regierungspräsident dankte den Vortragenden für ihre Ausführungen. Sie hätten gezeigt, in welcher Weise eine Zusammenfassung der Wohlfahrtsbestrebungen stattfinden könne. Auch ihm erscheine es durchaus nicht empfehlenswert, zuviel schematisieren zu wollen. Die Leitsätze sollten gedruckt und zugestellt werden. Er bitte die Herren ihre Ansichten aus der Praxis heraus mitzuteilen.

Beigeordneter Dr. v. Gartzem-Bonn: In der Stadt Bonn habe man bereits seit 7 Jahren eine Vereinheitlichung durchgeführt. Zwar habe man keine Einrichtung mit einem besonderen Titel geschaffen, aber alle Fäden der Wohlfahrtspflege in einer Hand, bei demselben Dezernenten, zusammenlaufen lassen. Diese Vereinheitlichung hätte auch den Vorteil gehabt, daß man infolge der Aufdeckung von Schwindeleien die erforderlichen großen Aufwendungen doch etwas hätte herabsetzen können. Die einzelnen Vereine unter einen Hut zu bringen, wäre nicht gelungen, wohl aber hätte man eine Auskunftsstelle geschaffen. In dieser würden Karten über die einzelnen Fälle angelegt, ergänzt und gesammelt, eine Einrichtung, die sich besonders gegen die Schwindeleien als sehr zweckmäßig erwiesen habe. Ein Verzeichnis der Vereine würde alljährlich als Anhang zum Verwaltungsbericht veröffentlicht. Mit den Thesen des Dr. Krautwig sei er einverstanden. Die Trinkerfürsorge habe man in Bonn bisher ganz privaten Vereinen überlassen. Was die Verschiebung der Grenze zwischen Armen- und Wohlfahrtspflege angehe, so sei zu erwarten, daß durch das in Aussicht stehende Reichsarmengesetz eine wünschenswerte Vereinheitlichung der verschiedenen Ausführungsgesetze erfolgen werde. Im übrigen müsse auch er vor einem Schematisieren auf dem in Frage stehenden Gebiete warnen.

Der Herr Regierungspräsident bittet zunächst die Verhältnisse in den Landkreisen zu besprechen, da diese wohl größere Schwierigkeiten böten.

Landrat Frhr. v. Dalwigk-Siegburg: Er halte es für empfehlenswert, eine ausführliche Besprechung erst dann vorzunehmen, wenn die gedruckten Leitsätze vorliegen würden. Der Bildung von Wohlfahrtsämtern bei den einzelnen Gemeinden, die von einem Ausschuß zusammengefaßt würden, stimme er zu.

Landrat Minten-Cöln: Die Gemeindewohlfahrtsämter würden sich nicht halten. Die Bürgermeister seien überlastet. Auch fehle es auf dem Lande an Personen, die sich interessierten, und an gemeinnützigen Vereinen; einen Vaterländischen Frauenverein habe er in seinem Kreise erst seit 2 Jahren. Auch

mangele es an Pflegerinnen, die sich ausbilden lassen wollten. Nach seiner Ansicht müsse die Organisation vom Kreise ausgehen; ohne Kreiswohlfartsamt arbeiteten die Gemeindewohlfahrtsämter nicht. Auch müsse der Kreis das nötige Geld hergeben.

Ob.-Reg.-Rat Fink und Landrat Frhr. v. Dalwigk sprechen sich für eine spätere ausführliche Erörterung aus.

Landrat Dr. Haarmann-Gummersbach schließt sich den Vorschlägen von Gerdes an. Die Wohlfahrtsausschüsse seien in die Gemeinden zu verlegen. Nach seinen Erfahrungen finden sich in ihnen Frauenvereine und Interessenten. Auch habe der Kreis keine ausreichenden Mittel für die Wohlfahrtspflege. Bei der Jugendpflege habe man ausgehend von Gemeindeausschüssen sehr gute Erfolge gehabt. Doch möchten in anderen Kreisen die Verhältnisse vielleicht anders liegen.

Landrat Gerdes-Waldbröl: Er habe das Kreiswohlfahrtsamt nicht ganz verpönen wollen, doch halte er es für entbehrlich, dem Landratsamt diese Firma noch anzuhängen. Er wolle ja auch nicht alles auf die Gemeinden übertragen, sondern auch die privaten Vereine teilnehmen lassen. Die Bürgermeister halte er nicht für überlastet.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Rusak-Cöln empfiehlt zunächst, in den Kreisen Versuche zu machen und dann eine neue Besprechung vorzunehmen.

Ober.-Reg.-Rat Fink schließt sich dem an. Seines Wissens wollte man im vorigen Jahre in Cöln eine Zentrale schaffen, die zum Teil auch daran gescheitert sei, daß die Vereine keine Auskunft geben wollten.

Beigeordneter Dr. Krautwig-Cöln: Man müsse die Eigenart der Verhältnisse berücksichtigen. Die Organisation müsse lebendig und sachverständig sein. Die Schwester allein mache es nicht; es müsse der Sachverständige dazu kommen. Auch Lehrer und Geistliche solle man heranziehen. Vor allem aber sei eine Zentrale notwendig.

Landrat v. Nell-Bonn berichtet über Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Bezirk, wo Säuglings- und Tuberkulosefürsorge geregelt sei und Gemeinden, Vereine und auch die Kreise daran beteiligt seien. Auch er sei der Ansicht, daß man die Bürgermeister heranziehen könne. Es sei in Erwägung zu ziehen, ob man die Bonner Kartenblätter auf die ländlichen Verhältnisse übertragen könne.

Prof. Dr. Siegert-Cöln hält dafür, daß bei den Besprechungen der ärztlichen Mitwirkung zu wenig gedacht sei; er halte es für unbedingt notwendig, daß die Organisation eine hygienisch-ärztliche Zentrale habe.

Landrat Gerdes-Waldbröl betont auch seinerseits den Wert der ärztlichen Tätigkeit bei der Organisation. Lehrer und Geistliche möge man von den Ermittelungen ausschließen Die Organisation müsse sich auf angestellte Personen gründen, auf die Fürsorgeschwestern. Eine Gründung neuer Vereine sei nicht zu empfehlen, man solle an die vorhandenen anknüpfen.

Auf eine Anfrage des Herrn Regierungspräsidenten, ob noch eine weitere Erörterung stattfinden solle oder eine nochmalige Versammlung gewünscht würde, äußerten sich die Herren Landräte Minten-Cöln, Freiherr v. Dalwigk-Siegburg, Dr. Haarmann-Gummersbach, Graf Beißel v. Gymnich-Bergheim.

Beigeordneter Dr. Krautwig-Cöln betont die Notwendigkeit, die Frage der Organisation ständig in Fluß zu halten, etwa durch einen Bezirksausschuß.

Der Herr Regierungspräsident erklärte nach Einholung des Einverständnisses der Berichterstatter, er werde die gehaltenen Vorträge drucken und allen Herren zugehen lassen. Auch er erachte es für erforderlich, daß die Frage lebendig gehalten würde und von Zeit zu Zeit Anregungen gegeben würden. Im übrigen weist er nochmals darauf hin, daß jedes Schematisieren zu vermeiden sei. Eine weitere Verhandlung über diesen Gegenstand werde er nicht anberaumen.

IIa. Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Cöln und die bisherigen Fürsorgemaßnahmen im Stadt- und Landkreise Mülheim-Rhein.
Kreisarzt Med.-Rat Dr. Meerbeck-Mülheim-Rhein:

Deutschland stehe mit einer Säuglingssterblichkeit von 17,3% an dritthöchster Stelle unter den europäischen Ländern. Im Regierungsbezirk

Cöln seien von 100 Lebendgeborenen gestorben in den Jahren 1881—1890: 20,8, 1891—1900: 20,7, 1901—1910: 19,0%. Von den einzelnen Kreisen seien nach dem Ergebnis der Jahre 1901—1910 am günstigsten die oberbergischen Kreise Waldbröl, Gummersbach und Wipperfürth mit 9, 10, bezw. 11%; dann folgten der Siegkreis mit 14%, der Landkreis Mülheim mit 16%, der Stadtkreis Bonn mit 17,8%, der Stadtkreis Mülheim mit 18%; ungünstig ständen die linksrheinischen Kreise Bonn-Land, Bergheim, Rheinbach, Euskirchen mit 19—19,5%, Cöln-Stadt mit 20% und am ungünstigsten Cöln-Land mit 24,7%. Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge sei etwa doppelt so hoch wie die der ehelichen.

Fast ein Sechstel der Todesfälle entfalle auf die ersten Lebenswochen. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Dietrich habe festgestellt, daß in Preußsn im Jahre 1905 von den Säuglingstodesfällen ein Viertel auf die ersten 30 Tage, ein Neuntel auf den 2., ein Zehntel auf den 3. Monat entfalle, auf den 12. schließlich nur ein Dreiunddreißigstel; auf die ersten 4 Tage ein Neuntel sämtlieher Todesfälle. Die ersten Tage und Wochen seien also die gefährlichsten; die Säuglingsfürsorge müsse mit der Wöchnerinnenfürsorge einsetzen.

In den letzten 10 Jahren seien im Regierungsbezirk Cöln durchschnittlich jährlich 7462 Säuglinge gestorben, davon 1131 an Lebensschwäche, 1222 an Magendarmerkrankungen, 840 an Brechruhr, 8 an Scharlach, 29 an Diphtherie, 109 an Masern, 200 an Keuchhusten und an allen übrigen Krankheiten zusammen 3921. Wenn man bedenke, daß von den unter den letzteren enthaltenen Todesfällen an Krämpfen und Rhachitis ein großer Teil durch Ernährungsstörungen bedingt sei, so könne man annehmen, daß im ganzen etwa 3000 Todesfälle auf künstliche, bezw. unnatürliche Ernährung zurückzuführen seien. Daß diese die Hauptursache der Säuglingssterblichkeit sei, ergebe sich auch daraus, daß von den Flaschenkindern erheblich mehr als von den Brustkindern stürben und die meisten Todesfälle sich in den heißen Sommermonaten ereigneten.

Daß im Landkreise Mülheim die bergischen Bürgermeistereien günstiger ständen als die der Rheinebene, hinge damit zusammen, daß in ersteren das Stillen die Regel sei, im Sommer kühle Nächte herrschten und nicht so ungünstige, enge, überfüllte, überhitzte Wohnungen beständen wie in den mehr städtischen Charakter tragenden Orten der Rheinebene. Die Wohnungsfürsorge spiele bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine erhebliche Rolle.

Als weitere Ursache für die Säuglingssterblichkeit komme in Frage die ungenügende Vorbildung der Mütter in der Kinderpflege und die Beeinträchtigung des Interesses am Kinde durch die zunehmende Vergnügungssucht.

Die Hauptursache bleibe jedoch die künstliche Ernährung, bezw. der Rückgang des Stillens. Möge das Nichtstillen bei den Frauen auch zum Teil auf Unkenntnis und falsche Beratung, zum Teil auf Eitelkeit und Bequemlichkeit oder auf Mangel an Stillwillen zurückzuführen sein, so sei es doch in seinem Kreise bei der Mehrzahl der Frauen durch ihre Teilnahme am Erwerbsleben bedingt; 50% der Arbeiterfrauen seien gewerblich tätig. Sie entschuldigen ihr Nichtstillen damit, daß sie nach der Wöchnerinnenzeit das Kind doch anderen überlassen und künstlich ernähren müßten; die paar Wochen zu stillen verlohne sich nicht. Bei der großen Bedeutung der Brustnahrung gerade in den ersten Wochen müsse hier Abhülfe geschaffen werden und könne es auch, wenn die Wohltaten der neuen R. V. O. einsetzen. Man müsse fordern, daß dis Mütter wenigstens 4—6 Wochen ihrem Kinde gehörten und es stillten.

Falls das Stillen unmöglich sei, sei die Kuhmilch der beste Ersatz. In Bergisch Gladbach, Cöln und Mülheim-Rhein habe man Säuglingsmilchanstalten geschaffen. In Bergisch-Gladbach sei nach 5 Jahren der Absatz so gering gewesen, daß man die Anstalt habe eingehen lassen. In Mülheim-Rhein habe man die Milch zunächst in jedes Haus gebracht; da die Art der Lieferung sich aber als zu teuer erwies, habe man Milchabgabestellen eingerichtet. Dadurch sei der Absatz auf ein Viertel zurückgegangen, so daß man wieder dazu übergehen mußte, die Milch in jedes Haus zu bringen, um den Betrieb zu erhalten. Die Stadt Bergisch-Gladbach habe mit einer größeren Gutsverwaltung einen Vertrag abgeschlossen zur Lieferung von Säuglingsmilch; Arme und Unbemittelte erhielten Milchmarken zu ermäßigten

Preisen, während im übrigen das Liter 28 Pfg. kostete; die Differenz würde dem Betriebe von der Stadt vergütet.

Zur Mitarbeit bei der Säuglingsfürsorge kämen weiter in Betracht die Aerzte, die durch Vorträge im ärztlichen Verein interessiert würden, und die Hebammen. Um sie über Säuglingspflege und die Notwendigkeit des Selbststillens zu belehren, sei jährlich von ihm eine besondere Versammlung abgehalten. Bei der Hebammenausbildung sei auf das betreffende Gebiet mehr als bisher Gewicht zu legen. Es müßte den Hebammen gegebenenfalls für ihre besondere Tätigkeit in der Säuglingsfürsorge eine angemessene Vergütung gewährt werden.

Neben der mündlichen Belehrung der Mütter durch die Hebammen käme die weitere durch Merkblätter in Frage, wie sie fast überall von den Standesämtern verteilt würden. Es sei zweckmäßiger, sie durch die Hebammen aushändigen zu lassen, die sie zu erklären hätten.

Die Gewährung von Stillprämien, die in Bergisch-Gladbach eingeführt sei, habe Anklang gefunden, sei aber im übrigen Geschmackssache.

Die Fürsorge für die unehelichen Kinder sei im Stadtkreise Mülheim so geregelt, daß ein Kinderarzt angestellt sei, der wöchentlich Sprechstunden abhalte, und dem monatlich alle Halte- und unehelichen Kinder, soweit sie der Berufsvormundschaft unterständen, vorgestellt werden müßten; bei Erkrankungen sei der Fürsorgearzt sofort zuzuziehen; die Aufsicht über Wohnung und Pflege würde von ehrenamtlich tätigen Aufsichtsdamen geübt. Die Berufsvormundschaft halte er für notwendig, vor allem, um die Pflegekosten sicherzustellen. Im Landkreise Mülheim-Rhein finde die Aufsicht durch Polizeibeamte statt, da die Gemeinden die Anstellung von Fürsorgefrauen wegen der Schwierigkeiten infolge der räumlichen Entfernungen abgelehnt hätten. Die Revierbeamten kontrollierten monatlich; die Pflegemütter seien verpflichtet, bei Erkrankungen sofort einen Arzt hinzuzuziehen oder der Polizei Anzeige zu erstatten; Todesfälle würden amtsärztlich geprüft.

b) Die Säuglingsfürsorge in den Landkreisen. Landrat Dr. v. Schlechtendal-Mülheim-Rhein:

Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit könnten nicht für alle Landkreise gleichmäßig ausgestaltet werden, sondern müßten sich anpassen der Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse, der Verschiedenheit in der Höhe der Säuglingssterblichkeit und der Möglichkeit, die Mittel durchzuführen.

Für Maßnahmen, die auch bei kleinen Verhältnissen durchführbar seien, halte er:

1. Die Inanspruchnahme der Hebamme. Sie sollten für ihre Tätigkeit besonders vorbereitet und besonders bezahlt werden. Ihre Fürsorge solle möglichst schon vor der Geburt beginnen und möglichst zwei Jahre dauern; sie sollten bestimmte Formulare führen;
2. die Verteilung von Merkblättern und zwar nicht, wie bisher, durch die Standesämter bei der Anzeige der Geburt, sondern schon vorher durch die Hebammen; sie müßten ansehnlich und auf festem Karton aufgezogen und sachverständig redigiert sein;
3. die Belehrung der Mütter durch die Aerzte und die Impfärzte;
4. die Inanspruchnahme der Presse, besonders auch der kleinen Tagespresse, die das Volk wirklich lese;
5. die Veranstaltung von Belehrungsvorträgen für Frauen und Mütter und für Mädchen, so in den weiblichen Fortbildungsschulen und in den Haushaltungsschulen;
6. eine verschärfte Aufsicht über die Zieh- und Haltekinder und die unehelichen Kinder überhaupt.

Neben diesen kleinen Mitteln, die nach seiner Ansicht überall durchzuführen seien, kämen als Maßnahmen, die größere Mittel erforderten, in Frage: Anstellung von Säuglingspflegerinnen und Fürsorgerinnen, Errichtung von ärztlichen Säuglingsfürsorgestellen, Stillprämien, Säuglingsprämiirungen, Uebernahme der Sorge für den Haushalt während des Wochenbettes, Errichtung von Säuglingsanstalten und Heimen.

Die letzteren Maßnahmen seien nicht überall durchzuführen. Welche

von ihnen im Einzelfall durchzuführen seien, und ob diese mit Hülfe des Kreisausschusses oder einer bestimmten Kommission oder einer einzelnen Persönlichkeit oder bestehender oder zu gründender Vereine am besten zu geschehen habe, das müsse lediglich dem betreffenden Landrate und seinem Mitarbeiter und Berater, dem Kreisarzte, überlassen werden. Auch bei der Beschaffung der Mittel müsse den bestehenden Verhältnissen Rechnung getragen werden.

Was nun die Organisation der Säuglingspflege bei der Zentralstelle des Regierungsbezirkes angehe, so würden die Kreisverwaltungen ohne weiteres damit einverstanden sein, wenn

1. kein Zwang oder Druck zum Zwecke der Schablonisierung und Schematisierung der Kreisorganisationen ausgeübt würde und
2. kein den Regierungsbezirk umfassender neuer Verein ins Leben gerufen würde.

Im Regierungsbezirk Aachen sei bereits eine Zentralstelle für Säuglingsfürsorge gegründet worden. Ihre Grundzüge werden von dem Vortragenden verlesen. In ähnlicher Weise, meinte er, solle auch eine Organisation für den Regierungsbezik Cöln geschaffen werden; es genüge nach seiner Ansicht ein kleinerer Ausschuß von etwa 10 Personen entsprechend dem Arbeitsausschuß der Aachener Zentralstelle; die Zentralstelle mit etwa 60 Mitgliedern sei ein sehr schwerfälliger Apparat.

Zum Schlusse bitte er den Herrn Regierungspräsidenten, dahin wirken zu wollen, daß Staatsmittel für die Säuglingsfürsorge flüssig gemacht würden.

Diskussion:

Der Herr Regierungspräsident dankt den beiden Rednern und sagt den Bestrebungen seine volle Anteilnahme zu. Es solle für den Bezirk ein Mittelpunkt geschaffen werden, eine Beratungsstelle, von der aus den Bestrebungen um die Säuglingsfürsorge Anregungen zufließen sollten.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Rusak: Von der Gründung eines großen Zentralvereins sei Abstand genommen, weil er zu schwerfällig sei. Dagegen solle ein beratender Ausschuß konstituiert werden, dem etwa 10 Herren aus Cöln und Umgebung angehören sollten. Neben der Erteilung von Anregung und Auskunft solle seine Aufgabe sein, zahlenmäßiges Material zu beschaffen, die Abhaltung belehrender Vorträge in die Wege zu leiten und für die Ausbildung von Pflegepersonen und Kinderbesucherinnen zu sorgen; so solle die Hebammenlehranstalt gebeten werden, mehr Wert auf den entsprechenden Teil des Unterrichts zu legen, auch solle angeregt werden, ob nicht in der Lindenburg besondere Kurse für Besucherinnen und Schwestern eingerichtet werden könnten. Der Ausschuß solle keinen Zwang auf die Kreise ausüben, auch nicht dazu dienen, Beiträge einzutreiben.

Der Herr Regierungspräsident hebt hervor, daß auch er eine kleine Organisation für zweckmäßiger halte als eine große. Er werde Herrn Prof. Dr. Siegert, Dr. Krautwig und einige Kreisärzte und Landräte in den Ausschuß berufen. An Geldmitteln stände ihm nur ein Fonds von 10000 Mark zur Verfügung; er hoffe weitere Mitteln sammeln zu können und wolle gern sich gerade für diese so bedeutsame Sache einsetzen; nur dürfe voraussichtlich nicht mit allzugroßen Summen gerechnet werden. Ein Antrag auf Staatsmittel würde seines Erachtens schwerlich von Erfolg sein. Auf die Frage, ob die Provinz eine Beihülfe gewähren würde, kann

Landes-Med.-Rat Dr. Knepper-Düsseldorf keine bestimmte Antwort geben, doch werde er die Angelegenheit vortragen.

Ob.-Reg.-Rat Fink betont, daß der Ausschuß möglichst einfach zusammengesetzt sein müsse.

Geh. Med.-Rat Dr. Schubert-Cöln: Er halte die Hebammen für sehr geeignet bei der Säuglingsfürsorge mitzuwirken. Er habe im vorigen Jahre nach einer entsprechenden Belehrung die Hebammen seines Bezirks veranlaßt, außer den Pflichtbesuchen später, namentlich zu Beginn der heißen Jahreszeit, noch weitere Besuche zu machen. Der Versuch sei günstig ausgefallen. Kosten seien nicht verursacht.

Med.-Rat Dr. Hillebrandt-Bergheim teilt statistische Ergebnisse über die Säuglingssterblichkeit im Kreise Bergheim mit, u. a. das auffallende Ergebnis, daß nach den standesamtlichen Mitteilungen für das Jahr 1912 von

den im ganzen 91 Todesfällen im 1. Lebensjahre bei Brustkindern 52 auf die erste Woche entfielen, von den 50 bei gemischt genährten nur 4 und von den 108 bei künstlich genährten nur 3 auf die erste Woche.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar-Bonn: Bei der Statistik sei zu beachten, daß häufig die Todesursache nicht ärztlich festgestellt sei. Es müßten ferner die Beziehungen zwischen Geburtsziffer und Mortalitätsziffer ermittelt werden, außerdem bei den Todesursachen besonders die Rhachitis und Syphilis; die letztere könnte bisweilen Unterschiede zwischen Stadt und Land aufklären. Von den Hebammen halte er nicht viel; es sei vorgekommen, daß sie die Frauen vom Stillen zurückgehalten hätten.

Kreisarzt Prof. Dr. Meder-Cöln hält den Zentralausschuß für sehr geeignet, eine zuverlässige Statistik zu schaffen.

Landrat Gerdes-Waldbröl: Für die Säuglingspflege seien die Fürsorgeschwestern geeigneter als die Hebammen, weil es diesen oft an der nötigen Zeit fehlte.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar-Bonn: Die Mutterberatungsstellen hätten sich in Bonn nicht bewährt.

Landrat v. Nell-Bonn: Er sei in seinem früheren Kreise bei der Belehrung der Mütter mit den Hebammen nicht ausgekommen, habe daher eine Säuglingspflegerin angestellt. Wichtig sei es auch, die Frauen in der ersten Zeit nach der Geburt in der Hausarbeit zu entlasten; es sei dies dort durch sog. Wochenpflegerinnen geschehen.

Prof. Dr. Siegert-Cöln: Von den Mutterberatungsstellen und Stillprämien sei nicht viel zu erwarten. Die Hebammen müsse er in Schutz nehmen; er habe jedenfalls die Beobachtung gemacht, daß sie großes Interesse für die Fragen der Säuglingsfürsorge zeigten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar-Bonn: Er habe Beobachtungen mitgeteilt, ohne aber den Stand der Hebammen herabsetzen zu wollen.

Der Herr Regierungspräsident ersucht die Kreisärzte, Hebammen, die durch Abraten von Selbststillen ihre Pflicht verletzten, auszumerzen.

Kreisarzt Dr. Lohmer-Cöln ist der Ansicht, daß man ohne besondere Bezahlung von den Hebammen keine Mitwirkung bei der Säuglingspflege in Form von Besuchen verlangen könne.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rusak: Es sei in den letzten Jahren eine Aufbesserung der Hebammen angestrebt worden durch Erlaß einer neuen Gebührenordnung und durch die Aufforderung an die Kreise, die Alters- und Invaliditäts-Versicherung der Hebammen in die Wege zu leiten.

Der Herr Regierungspräsident schließt um $5^1/_4$ Uhr die Versammlung mit dem Bemerken, daß auch die letzten beiden Vorträge vervielfältigt werden sollen und er den geplanten Ausschuß für Säuglingspflege demnächst einberufen werde. Den gehörten Anregungen möchten alle Folge geben und dazu beitragen, daß eine Besserung der Zustände erreicht werde. Er halte die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit für eine der wichtigsten Aufgaben der Behörden und werde ihr andauernd sein regstes Interesse zuwenden.

Dr. Friedr. Peters-Cöln.

Bericht über die VIII. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen in Altona am 5. Mai 1913.

Die außerordentlich stark besuchte Versammlung wurde unter dem Ehrenvorsitz von Geh. San.-Rat Dr. Wallichs durch Dr. Cimbal-Altona geleitet. Die Vormittagsvorträge brachten eine Fülle anatomischer Demonstrationen und Forschungsergebnisse, die Nachmittagssitzung mehrere auch praktisch wichtige Diskussionsthemata. Zwischen beiden Sitzungen und nach dem Schluß der Tagung fanden sich die Teilnehmer zu einem fröhlichen Frühstück, gegeben von der Stadt Altona, und zu einem Festessen zusammen.

I. Von den Vormittagsthemen dürfte die Medizinalbeamten die angeregte Besprechung über die Bedeutung der **Scapula scaphoidea** interessieren, ein Schulterblatt mit sichelförmig nach innen gebogenem hinteren Rand. Der Referent Dr. Dräseke-Hamburg will es auf Grund eines Materials von etwa 4000 Schulkindern als einfaches Entartungszeichen gewertet wissen, hat es

überwiegend bei den geistig Geringwertigen, besonders der polnischen Rasse gefunden. In der Diskussion wurde das Ueberwiegen von Lues der Eltern bei seinem Zustandekommen stärker betont.

II. In einem Vortrag über den **Status des vegetativen Nervensystems** nahm Prof. v. Bergmann-Altona in der bekannten Streitfrage, ob vagisches und sympathisches System mehr antagonistische oder sich ergänzende Funktionen hätten, eine vermittelnde und abwartende Stellung ein. Recht anregend war sein Vorschlag eines einheitlichen Befundschemas, das alle vegetativen Befunde umschließt und unparteiisch und übersichtlich nebeneinander stellt. Erst bei Zusammenstellung einer großen Zahl von Einzelfällen werde man über die klinische Brauchbarkeit der jetzigen Theorien Klarheit gewinnen.

III. Eine sehr eingehende und praktisch wichtige Diskussion rief das Referat von Dr. Hinrichs-Schleswig über die **Unterbringung der Psychopathen** hervor. Hinrichs schilderte zunächst an der Hand von 5 referierten strafrechtlichen Fällen die Schwierigkeit der erwachsenden gutachtlichen Fragen. Vor der Unterbringung sei unter allen Umständen die Schuldfrage zu entscheiden. Für die Unterbringung besonders der psychopathischen gemeingefährlichen Fürsorgezöglinge seien besondere Anstalten erforderlich, da diese Kranken sich weder für die Erziehungsanstalten noch für die Irrenanstalten eignen. Auch die Familienpflege versagte bei den genannten Jugendlichen vollständig, selbst wenn sie im Anschluß an längere Anstaltsbehandlung versucht wurde. (Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht in der Vogt-Weygandschen Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung der jugendlichen Schwachsinns.)

Reg.-Rat Dr. Crasemann, der Dezernent der Hamburger Jugendbehörde, forderte in der Diskussion zur Unschädlichmachung der gemeingefährlichen jugendlichen Psychopathen:

1. ihre Entmündigung noch vor Abschluß der Fürsorgeerziehung,
2. ihre Stellung unter Berufsvormundschaft und Verbleiben unter Schutzaufsicht auch nach der Entlassung aus der Fürsorgeerziehung,
3. Ausbau besonderer Verwahrungsanstalten (Vortrag ausführlich in „Der Vortrupp“, Popert, 15. Mai 1913).

Landrat Bachmann, der Dezernent des schleswig-holsteinischen Fürsorgerziehungs- und Irrenwesens, hält die Frage für nicht soweit geklärt, daß die Provinzen an die praktische Durchführung und den Bau von besonderen Anstalten schon denken könnten. Er erinnert daran, daß Hinrichs-Schleswig bei einer sorgfältigen Durchuntersuchung aller Fürsorgezöglinge der Provinz 50% als sondererziehungsbedürftig ausgewählt hat, während von Seiten der Pädagogen nur ganz geringe Prozentsätze von den gewöhnlichen Erziehungsanstalten ausgeschieden werden müßten. Deshalb möchte er zunächst die Beantwortung folgender Fragen anregen:

1. Wie groß die zu erwartende Ziffer derjenigen Zöglinge sei, die psychiatrischer Heilerziehung bedürften?
2. Welchen schon bestehenden Anstalten werden die Heilerziehungsanstalten anzugliedern sein?

Prof. Weygand-Friedrichsberg empfiehlt die erforderlichen Anstalten in ärztlichem Zusammenhang mit Irrenanstalten, aber örtlich von diesen getrennt als Vorwerk mit besonderem Namen zu bauen, damit den Entlassenen der Aufenthalt nicht als „Jagdschein“, zur Begründung des § 51 des Str.G.B. dienen könnte. Im übrigen tritt er den üblichen allzu engherzigen Auffassungen im Entmündigungsverfahren entgegen und betont, daß die Stimmungsschwankungen und unstäten Lebensführungen der Psychopathen ausreichen als Beweis, daß sie ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen.

Dr. Schäfer-Langenhorn betont, daß der Erfolg mehr von der Persönlichkeit des Leiters als von besonderen Maßnahmen abhänge.

Die übrigen Diskussionsredner schließen sich meist der Auffassung an, daß Sonderanstalten notwendig und therapeutisch durchaus aussichtsreich seien.

IV. Im inneren Zusammenhang mit dem vorstehenden Beratungsgegenstand stand der Vortrag von Dr. Cimbal-Altona über die **klinische Grundlage bei der Beurteilung psychopathologischer Kinder und Jugendlicher.** Cimbal schätzt die Zahl der Psychopathen unter den Fürsorgezöglingen auf

etwa 15 %, unter der Gesamtzahl der jugendlichen Rechtsbrechern auf etwa 7—10 %. Er fordert die regelmäßige Untersuchung aller psychisch Verdächtigen und die völlige Strafbefreiung nach § 56 auch bei den stärkeren jugendlichen Psychopathen, nicht nur bei den ausgesprochen Schwachsinnigen. Die objektiven psychopathischen Entwicklungsstörungen seien klinisch sowie so dem angeborenen Schwachsinn anzugliedern und bei nachweisbarer Krankhaftigkeit insofern eine ausreichende Grundlage des § 56, als die Hemmungsvorgänge bei diesen leichtesten Schwachsinnsformen erst nach der Entwicklungszeit, oft erst im Verlauf des Berufslebens, zur Ausbildung gelangten. Zur objektiven Prüfung und Begründung empfiehlt Cimbal besondere neuere, dem Fröbelsystem nachgebildete Methoden.

In der Frage der Heilerziehungsanstalten schließt er sich Weygand an, hält aber bis zum Bau geeigneter Anstalten nach den Altonaer Erfahrungen die kurzfristige wiederholte Unterbringung in klinischer Behandlung und zwischendurch die Belassung in der eigenen Familie unter geschulter Schutzaufsicht für den relativ einfachsten Ausweg.

V. Eine recht umfangreiche Diskussion rief das Doppelreferat von Dr. Lienau-Hamburg und Dr. Passow-Hamburg über die **Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen** hervor. Lienau betonte besonders, daß das Material einer städtischen Privatanstalt naturgemäß von dem der großen Irrenanstalten abweiche. Er habe 5,5 % Generationspsychosen bei 734 Patientinnen beobachtet. Die Prognose sei nach seiner Erfahrung stets recht ernst. Relativ häufig blieb eine dauernde krankhafte Veränderung der Persönlichkeit zurück, falls die Krankheit zur vollen Entwicklung gelangte. Bei Erstgebärenden rät er nur bei dringender Lebensgefahr zur Unterbrechung. Belastung des Kindes und soziale Schwierigkeiten bilden keine Indikation. Er betont besonders, daß auch von orthodox theologischer Seite bei Gefahr des Geisteslebens der Mutter die sittliche Indikation zur Unterbrechung anerkannt werde. Dr. Passow-Hamburg berichtet über einen einschlägigen Fall einer melancholischen Psychose.

In der Diskussion schließen sich Dr. Riedel-Lübeck und Dr. Cimbal-Altona hinsichtlich der Indikation den Ausführungen von Lienau an; es wird speziell betont, daß nicht eine bestimmte Diagnose, sondern der Zustand des Einzelfalls entscheidend sein müsse. Riedel rät außerdem bei fortdauernder Krankheit der unterbrechenden Operation die Sterilisation sogleich anzuschließen. Dr. Runge-Kiel beschränkt die Indikation in der Hauptsache auf Dementia praecox und Melancholien mit Suizidneigung. Er fordert die Anstaltsbeobachtung vor Einleitung des Aborts. Dr. Trömner-Hamburg wünscht äußerste Reserve bei der Indikationsstellung.

VI. Dr. Steyerthal-Kleinen vertrat in interessanter Weise seine bekannte kritische Ablehnung des Begriffs und Ausdrucks **Hysterie**, die in der heutigen Sprachtechnik auf die verschiedensten symptomatischen Erscheinungen zuträfe, nicht aber auf einen irgendwie einheitlichen Krankheitsbegriff. Er empfiehlt das Wort aus der Zunftsprache völlig auszutilgen. Dr. Boettiger-Hamburg behandelt demgegenüber die Hysterie doch als selbständige Neurose, ebenso Dr. Trömner und Dr. Weygand-Hamburg. Boettiger hebt aber hervor, daß all die sog. „Stigmata“ vom Arzt hervorgerufene Autosuggestionen seien, während im Wesen der Hysterie nur die innere Inkonsequenz der Reaktionen liege. Trömner schließt sich Jeanettes Definition der Einengung des Bewußtseinsfeldes an und hebt die Fälle von reiner Hysterie ohne jede Spur suggestiver Beeinflussung hervor. Im gleichen Sinne zieht Dr. Weygand die hysterischen Epidemien des Mittelalters zum Beweise dafür heran, daß es sich bei der Hysterie nicht um ein neueres vom Arzt gezüchtetes Krankheitsbild handelt.

Damit gelangte das außerordentlich reichhaltige Programm von 15 verschiedenen Demonstrationen, Referaten und Vorträgen in achtstündiger Sitzung zum Abschluß. Als Ort der nächsten Tagung wurde Lübeck gewählt.

Dr. Cimbal-Altona.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. VII.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Marienwerder zu Graudenz am 25. November 1912.

Teilnehmer: Die Herren Reg.-Präs. Dr. Schilling, Reg.-Rat Frhr. v. Rössing, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Rathmann, Landrat Kutter und Oberbürgermeister Kühnast, beide aus Graudenz, sämtliche Medizinalbeamten des Bezirks, mit Ausnahme des durch Krankheit verhinderten Geh. Med.-Rats Dr. Matz-Dt.-Krone, und Strafanstaltsarzt Dr. Boldt-Graudenz.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Rathmann eröffnet die Sitzung, begrüßt die Versammlung, gibt die Personalveränderungen des letzten Jahres bekannt und widmet dem kürzlich verschiedenen Med.-Rat, Kreisarzt Dr. Schlee-Neumark, einen ehrenden Nachruf. Die Versammlung ehrt den Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen. Sodann wird in die Tagesordnung eingetreten.

I. Geschäftliche Mitteilungen.

Mit Rücksicht auf die bald wieder fälligen Jahresberichte bittet der Vorsitzende sich im Sinne einer einheitlichen Berichterstattung genau an die durch die Dienstanweisung vorgeschriebene Reihenfolge zu halten. Zu empfehlen sei das Rapmundsche Formular, das Einheitlichkeit und Genauigkeit gewährleistet, nebenbei auch die Arbeit ziemlich vereinfacht. Die Berichte sollen nicht geheftet, auf einseitig beschriebenen Bogen abgeliefert werden und die notwendigen Tabellen enthalten. Von solchen sind notwendig: 1. Uebersicht über ansteckende Krankheiten; 2. Tätigkeit der Hebammen; 3. Ergebnis der Besichtigungen der Drogenhandlungen; 4. Liste über die Kurpfuscher. 5. Liste über Schulneu- bezw. Umbauten, mit Liste über Schulschließungen. Besonders der Liste 2 ist seitens der Kreisärzte die größte Sorgfalt zu widmen, damit nicht menschenunmögliche Diagnosen darin aufgeführt werden. Ferner müssen alle Aufrechnungen darin stimmen.

Desgleichen wird auf die Jubiläumsstiftung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins hingewiesen. Es ist anzustreben, daß jeder Medizinalbeamte Mitglied dieser Stiftung ist und sein Scherflein zu der Stiftung zusteuert, um Not und Mangel nach Möglichkeit von den Hinterbliebenen der Medizinalbeamten abzuwenden.

II. Der Geburtenrückgang im Bezirk Marienwerder und seine Ursachen.

a. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Witting-Thorn, behandelt speziell den Geburtenrückgang in den Städten des Bezirks, der sich hier ebenso geltend wie im Reich macht. Die Sterbefälle sind dagegen zahlreicher und nicht so erheblich gesunken, wie im Reich. In den beiden größten Städten des Bezirks, Thorn und Graudenz, ist die Zahl der Eheschließungen in den letzten 30 Jahren erheblich zurückgegangen, bezüglich der Sterbefälle stehen diese beiden Städte günstiger da als die Gesamtzahl der Städte. Die Eheschließungen betrugen 1881—1895 in Thorn-Graudenz 7,775 auf 1000 Einwohner, 1896—1900 = 6,71 und 1906—1910 = 5,645.

Der Geburtenrückgang hat in den gebildeten Ständen begonnen und sich dann besonders in den letzten Jahrzent auf alle Bevölkerungsschichten ausgedehnt. Er hat seine Ursache nicht in einer Beschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit, sondern in dem fehlenden Willen zum Kinde. Dieser wieder ist Folge sozialer Verhältnisse und des erhöhten Hanges zum Genuß. Die vermehrten Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten, Alkoholmißbrauch spielen nur eine ganz untergeordnete Rolle. Direkte Propaganda des Neumalthusianismus hat hier nicht stattgefunden, wohl aber hat die ungeheure Reklame für antikonzeptionelle Mittel den Geburtenrückgang befördert.

Wenn der Bevölkerungszuwachs noch ein recht erheblicher ist, so liegt dies lediglich an dem Zurückgehen der Sterbefälle, das jedoch eine natürliche Grenze hat.

Trotzdem ein Kampf gegen den Geburtenrückgang ziemlich aussichtslos erscheint, muß er doch mit allen ideellen und materiellen Mitteln aufgenommen werden.

b. Der Mitberichterstatter, Kreisarzt Dr. König-Konitz, bespricht den Rückgang der Geburten in den ländlichen Teilen des Regierungsbezirks, der in dieser Hinsicht unter den Regierungsbezirken Preußens am günstigsten dasteht. In den Jahren 1900—1910 stand er einmal an 7., viermal an 6., zweimal an 5., dreimal an 4., einmal an 3. Stelle, obwohl die Geburtenziffer auf dem platten Lande des Regierungsbezirks von 50,94 im Jahre 1875 bis 39,55 im Jahre 1911 gesunken ist, also in 37 Jahren ein Rückgang von 11,39 pro Mille stattgefunden hat, der besonders schnell seit 1895 war. Der Rückgang betrifft im wesentlichen die ehelichen Geburten; die Zahl der unehelichen ist sehr gering, sie sank außerdem noch von 7,64 im Jahre 1885 auf 5,46 im Jahre 1911.

Die einzelnen Kreise des Bezirks sind am Rückgang ziemlich gleichmäßig beteiligt. Er findet sich vorwiegend in den wohlhabenderen, gebildeteren Kreisen, weniger im Arbeiterstande und wird meist durch absichtliche Beschränkung der Geburten herbeigeführt. Wenn auch sittliche Gründe für diese absichtliche Beschränkung zum Teil mitmirken, in weit höherem Umfange trägt elterliche Eigenliebe hieran Schuld: Der Wunsch nach unabhängigem, sorgloserem Leben, erhöhtes Luxus- und Vergnügungsbedürfnis.

Körperliche Entartung, die man als Grund für den Geburtenrückgang angeschuldigt hat, kommt für das platte Land des Bezirks nicht in Betracht; ebensowenig spielen Geschlechtskrankheiten, Zuckerkrankheit, Frauenleiden, Nerven- und Geisteskrankheiten, Vergiftungen mit Blei und Quecksilber hierbei eine Rolle.

Die Heiratsziffer ist nur sehr wenig von (1881) 8,52 auf (1910) 7,2 gesunken.

Die Bevölkerungszahl des platten Landes des Bezirks ist zwar seit 1895 etwas gesunken, aber in so geringem Maße (um 1215 Köpfe), daß dieser Umstand für den Geburtenrückgang nicht in Betracht kommt. Erheblicher haben jedoch die fortpflanzungsfähigen Bevölkerungsklassen abgenommen, nämlich von 381,9 : 1000 im Jahre 1800 bis auf 358,3 im Jahre 1910. Diese auf eine Abwanderung zurückzuführende Abnahme dürfte als Nebenursache für den Geburtenrückgang mit in Betracht kommen.

Als Mittel für die absichtliche Geburtenbeschränkung werden der Coitus interuptus und Schutzmaßregeln seitens der Eltern, weniger Abtreibung angewendet. Die antikonzeptionellen Mittel vertreiben vielfach Hausierer; die nötige Aufklärung erhalten die Bewohner des Landes durch Angehörige, die aus den Großstädten aufs Land zurückkehren.

Als Maßnahmen gegen den Geburtenrückgang kommen alle die in Betracht, die geeignet sind, die Landflucht zu beschränken, die Familiengründung im frühen Lebensalter zu ermöglichen, die Aufzucht der Kinder zu erleichtern, d. h. zu verbilligen. Die Zahl dieser Maßnamen ist groß; ihre Durchführung wird ermöglicht und verspricht deswegen Erfolg, weil sie seitens des Staates gerade bei seinen Angestellten, den Beamten, die, wie alle intelligenteren Bevölkerungsklassen, zur Beschränkung der Kinderzahl neigen, angewendet werden können. In Betracht kommen: Beschaffung guter, billiger Verkehrswege nach dem Lande, möglichste Ausschaltung der Frau aus dem Erwerbsleben, Beschaffung ausreichender, dabei preiswerter Wohnungen, Gewährung größeren Wohnungsgeldzuschusses und höherer Umzugsgebühren für verheiratete Beamte, Erziehungsbeihilfen, höherer und frühzeitiger als jetzt darzubietender Alterszulagen, Schulgeldermäßigung, Steuernachlaß, Bevorzugung von Vätern größerer Familien bei Stellenbesetzung, bei Gewährung von Stipendien und anderen Unterstützungen, von Konzessionen usw., billige Beschaffung von Nahrungsmitteln, Kinderprämien, endlich Befreiung von bürgerlichen Lasten, z. B. der Einquartierung, der Uebernahme von Ehrenämtern, wie Vormundschaft, Schöffen- und Geschworenenamt.

Für den Arbeiterstand kommen außer einem Teil dieser Vergünstigungen ferner noch als Wohltaten für kinderreiche Familien in Frage: Abgabe von Suppen, Milch und Brot an die Schulkinder, Beaufsichtigung der kleineren Kinder in Kindergärten und Kleinkinderbewahranstalten den Tag über, unentgeltliche Gewährung der Kosten für Aerzte, Hebammen und Wochenpflegerinnen, Krankenpflegerinnen bei Geburts- und Krankheitsfällen, Gestellung von weiblichen Helferinnen, die während der Krankheit und Wochenbett der Hausfrau die Sorge für das Hauswesen übernehmen, und höhere Krankenkassenleistungen für kinderreiche Familienväter.

Die für diese Maßnahmen nötigen Geldmittel sollen durch viel höhere Besteuerung der wirklich reichen Leute und eine hohe Steuer für Junggesellen und kinderlose Ehepaare gewonnen werden. Der unverheiratete Beamte solle geringeres Gehalt, weniger Wohnungsgeldzuschuß und kleinere Pension erhalten als der kinderreiche Beamte. Falls dies gesetzlich unmöglich ist, müßten kinderreichen Beamten Zuschüsse gewährt werden.

Der Handel mit antikonzeptionellen Mitteln müßte erschwert werden und nur den Apothekern auf ärztliche Anordnungen erlaubt sein. Handlungen, von denen anzunehmen ist, daß sie wider das Gebot empfängnisverhütende Mittel feilhalten, sollen unerwarteten Besichtigungen unterliegen. Das Feilhalten von Mitteln zur Abtreibung wäre zu verhüten und wie die Abtreibung selbst, strenger wie bisher zu bestrafen. Zu diesem Zwecke müßten die Todesfälle unter Beifügung der ärztlicherseits anzustellenden Totenscheine seitens der Standesämter den Kreisärzeen sofort gemeldet werden, die alle verdächtigen Abtreibungsfälle zu verfolgen hätten. Hierzu müßte zunächst überall ärztliche Leichenschau eingeführt werden. Alle Früh- und Fehlgeburten müßten den Ortspolizei- und Gesundheitsbehörden gemeldet werden.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholmißbrauches wäre im verstärkten Maße fortzusetzen, der Verbreitung der Lehre von der Geburtenbeschränkung durch scharfe Beobachtung der Presse ein Riegel vorzuschieben. Vorträge, Versammlungen und Kongresse, die die Kinderverhütung zum Gegenstande · ihrer Erörterung haben, müßten verboten, Bestrebungen, die das Gegenteil bezwecken, dagegen gefördert werden.

Endlich müßten Aerzte, Hebammen und Wochenpfleger, nicht minder die Geistlichkeit mehr wie bisher für die diese Fragen interessiert und ihre Mitwirkung in Anspruch genommen werden.

In der Besprechung empfiehlt der Herr Regierungspräsident bei den Besichtigungen von Apotheken und Drogenhandlungen auf empfängnisverhütende Mittel zu achten. Als gesetzliche Maßnahmen kämen solche auf dem Gebiete des Wohnungswesens und die Besteuerung der Junggesellen in Betracht. Die Einnahmen aus der Junggesellensteuer müßten den Gemeinden zufließen und zur Begünstigung kinderreicher Familien verwendet werden. Von nicht gesetzlichen Maßnahmen sei von der Mitwirkung der Kirche vielleicht etwas zu erwarten; in Hinsicht auf das heikle Thema könne sich die Schule nur mit größter Vorsicht mit der Frage befassen. Die Vereinstätigkeit auf diesem Gebiete müsse unterstützt werden.

Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Heynacher-Graudenz betont, es müsse besonders im Auge behalten werden, daß die Beschränkung der Geburten eine absichtliche und gewollte sei; die Wirkung der vorgeschlagenen Maßnahmen sei vor allem aus diesem Grunde sehr fraglich. Einen heilsamen Einfluß schreibe er der katholischen Kirche zu, denn selbst in den kirchlich katholischen Bezirken Frankreichs sei kein Geburtenrückgang vorhanden, dagegen sei letzterer besonders stark in dem überwiegend evangelischen Sachsen. Auch bei den Juden sei der Geburtenrückgang relativ am stärksten. Von Beteiligung der Schule könne er sich wenig versprechen, zumal auch bei den Lehrern sich eine Beschränkung der Kinderzahl bemerkbar mache. Er empfehle zunächst Vorträge auf den Lehrerkonferenzen; ferner empfehle er den Vertrieb empfängnisverhütender Mittel gesetzlich zu bestrafen, wie dies bereits in Schweden geschehe, und ihre oft verschleierte Anpreisung zu bekämpfen. Manche Aerzte seien auch den Frauen gegenüber mit künstlichen Abtreibungen zu entgegenkommend. Die Aerztekammern müßten hiergegen auftreten.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Rathmann stellt fest, daß in wohlhabenden

Gegenden auch die Kirche versage. Man solle die Herstellung antikonzeptioneller Mittel monopolisieren und den Vertrieb unter gesetzliche Normen stellen. Von den empfohlenen Mitteln seien viele durchaus nicht harmlos, z. B. die intrauterinen Pessare und die Mutterspritze mit dem langen Ansatz. Wenn von einigen behauptet wird, sie seien sehr zweckdienlich, um der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzutreten, so könne man hier doch nur die Condoms oder Fischblasen im Auge haben. Inwieweit der Handel mit diesen frei zu geben wäre, stände auf besonderem Blatt. Ebenso wichtig sei es, den gefährlichen Abtreibern zu Leibe zu gehen; sie seien allerdings sehr schwer zu fassen, jedoch müssten die Kreisärzte allen verdächtigen Todesfällen, die ihnen zu Ohren kommen, ihr Augenmerk zuwenden; auch verdächtige Wochenbetterkrankungen sollten Anlaß zu Nachforschungen geben. Selbstbezichtigung müßte event. straflos bleiben, um dadurch den gewerbsmäßigen Abtreibern leichter beizukommen. Das Auslegen antikonzeptioneller Mittel in den Schaukästen müsse verboten und jede schamlose Reklame, ebenso auch die aufdringliche verfolgt werden; der § 184 R.St.G.B. biete die Handhabe hierzu. Für die Einleitung des künstlichen Abortes müsse die Aerztekammer Normen aufstellen. Der Wohnungsgeldzuschuß für Verheiratete und kinderreiche Familien müsse erhöht werden. Auf eine Vereinfachung der Volkserziehung sei hinzustreben, damit die Aufzucht der Kinder, zumal im Kreise der Gebildeten, verbilligt werde.

Landrat Kutter-Graudenz empfiehlt das Zusammenwirken von gesetzlichen und nicht gesetzlichen Maßnahmen; Frankfurt a. M. zahle kinderreichen Angestellten bereits höhere Gehälter, befreie vom Schulgelde und gewähre Wohnungsgeldzuschuß.

Kreisarzt Med.-Rat Dr. Hasse-Flatow glaubt, daß in manchen Sanatorien vielfach ohne genügende Indikation der Abort eingeleitet werde. Auch er will besonders gegen Drogisten und Barbiere vorgegangen wissen, die skrupellos alle empfängnisverhütenden Mittel ausstellen und empfehlen.

Kreisarzt Dr. Wandel-Schlochau möchte die Anzeigepflicht für alle Aborte eingeführt sehen, von welcher Maßnahme sich jedoch Geh. Med.-Rat Dr. Heynacher-Graudenz nichts verspricht.

Hiernach schließt der Herr Regierungspräsident mit einigen zusammenfassenden Worten die Diskussion.

III. Welche Anforderungen sind in sanitätspolizeilicher Hinsicht an die kleinen Krankenhäuser zu stellen?

Der Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Göhlmann-Straßburg, streift zunächst kurz die bestehenden Rechtsbestimmungen über das Krankenhauswesen: Kein gesetzlicher Zwang für Gemeinden zu Neu- oder Umbauten von Krankenhäusern, nur zur Errichtung von Isolierhäusern zwecks einwandsfreier Unterbringung von ansteckenden Kranken; dagegen ausgedehntes Aufsichtsrecht des Staates und Konzessionierungsrecht des Bezirksausschusses bezw. Regierungspräsidenten. Vor der Erteilung der Konzession muß der Kreisarzt die Pläne nach den Direktiven des Ministerialerlasses vom 8. Juli 1911 prüfen.

Die sanitätspolizeilichen Anforderungen beziehen sich auf Lage, bauliche Verhältnisse, innere Einrichtung und den allgemeinen Betrieb eines Krankenhauses.

Der Bauplatz sei fern von lärmenden oder üblen Geruch verbreitenden Anlagen zu wählen, aber möglichst gut erreichbar auf trockenem bezw. dräniertem Untergrund. Für kleinere Krankenhäuser ist der Einheitsbau (Korridor) zu empfehlen; möglichst 100 qm Bauplatz pro Bett und nicht unter 20 Betten, 3 Betten pro Mille des versorgenden Sprengels in ländlichen und 4—6 pro Mille in industriellen Gegenden. Krankenräume für beide Geschlechter und wo möglich auch gesondert für äußere und innere Krankheiten, ferner getrennt von Wohn- und Wirtschafts-, Leichen- und Desinfektionsräumen. Außerdem soll vorhanden sein eine Isolierabteilung für übertragbare Krankheiten, ganz getrennt von den übrigen Krankenräumen mit besonderem Klosett und Baderaum, Raum für Arzt und Pflegerinnen, etwa $1/5$ der Gesamtbettzahl. Eine Abteilung für Tuberkulöse mit Liegehalle ist in einem Seitenflügel einzurichten (mindestens je 1 Zimmer für Männer und Frauen), etwa $1/10$—$1/6$

der Gesamtbettenzahl. Auch eine Isolierzelle für unsoziale Geisteskranke ist unbedingt notwendig, die ev. zur Belegung mit Venerischen oder Krätzkranken dienen kann. In jedem Krankenhause ist für einen möglichst glatten, fugenlosen Fußboden (Linoleum, Stabfußboden; für Operationsräume, Aborte, Küchen etc.: Fließen) und für abwaschbare Wände mit abgerundeten Ecken zu sorgen. Für Ventilation sorgen Klippflügel oder Glas-Jalousiescheiben an den Fenstern nebst Ventilationsschächten in den Wänden; zur Heizung empfiehlt sich am besten Zentralheizung, sonst sind regulierbare Dauerbrandöfen zu wählen. Beleuchtung: am besten elektrisches Licht, da Gas zu gefährlich ist, sonst Spiritusglühlicht. Hinsichtlich Trinkwasserversorgung in Ermangelung einer zentralen Wasserleitung: Tiefbohrbrunnen mit Hochwasserreservoir, Rohrnetz mit Zapfstellen. Zwecks Beseitigung von sämtlichen festen und flüssigen Abfallstoffen, falls eine Kanalisation nicht möglich ist, am besten dicht gemauerte, geräumige Gruben und pneumatische Entleerung; für Infektionsabteilung sind besondere Tonnen aus emailliertem Eisen oder karbolineumgetränktem hartem Holz mit luftdicht schließenden Deckeln vorzusehen. Die Aborte müssen einen Vorraum erhalten, dessen Verschlag oder Mauerwerk bis an die Decke reicht. Der Desinfektionsapparat ist am besten an die Waschküche anzugliedern oder in einem besonderen Raum zusammen mit dem Leichenraum unterzubringen.

Zur sicheren Aufrechterhaltung des ärztlichen Betriebes ist ein leitender Arzt mittelst Kontrakt anzustellen, dem ausdrücklich die ganze Verantwortung für den hygienischen Zustand des Krankenhauses, für die Innehaltung der sanitätspolizeilichen Vorschriften, Arzneiversorgung, Krankenverteilung, Art der Verpflegung usw. übertragen wird. Er hat im Kuratorium Sitz und Stimme zu erhalten. In Streitigkeitsfällen ist ein Schiedsgericht bezw. Appell an den Regierungspräsidenten vorzusehen.

Zur Kontrolle des vorschriftsmäßigen Arzneibezugs ist die Führung von Rezepttagebüchern zu fordern, in die alle Rezepte auf den einzelnen Namen einzutragen sind.

Für die Ermöglichung einer schnellen Krankenbeförderung eigne sich am besten die Anschaffung einer sog. Räderbahre.

Die Räume im Krankenhaus müssen stets für das Heilung suchende Publikum bereit stehen und nicht etwa an Sommerfrischler, Pensionäre usw. vermietet bezw. durch Sieche und Hospitaliten in unverhältnismäßig großer Anzahl belegt sein.

Besprechung.

Herr Regierungspräsident vermißt, daß Referent nicht auch auf die Kostenfrage eingegangen ist, die er allerdings als heikel und schwer zu behandeln hinstellt.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Rathmann gibt einige Weisungen bezügl. der Isolierabteilungen, Badeeinrichtungen, Kläranlagen etc. Die Isolierabteilungen sollen allen Ansprüchen, die die Seuchengesetze vom Jahre 1900 und 1905 stellen, genügen. Auch sollen hier Zimmer für das Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Besuchszeiten, wie man sie in manchen Isolierabteilungen durch Aushang bekannt gemacht findet, sind hier nicht zu gestatten. — Die Badeeinrichtungen sind häufig sehr kläglich, meistens vermißt man besondere Badeeinrichtungen für das Wartepersonal; es empfiehlt sich jedoch nicht, öffentliche Badeeinrichtungen mit den Krankenhausbädern zu verbinden. An das Infektionshaus ist auf jeden Fall eine kleine Kläranlage für die Abwässer anzugliedern, so daß eine Desinfektion in besonderen Seuchenzeiten gewährleistet ist. Als Desinfektionsapparat empfiehlt sich ein stabiler Apparat. Haushaltungs- und Kinderbewahrschulen sollen in einem Krankenhause nicht untergebracht werden. Gemeinde-Krankenpflege sollen die Krankenhausschwestern wegen der Uebertragungsgefahr möglichst nicht ausüben. Wenn es unvermeidlich ist, so soll wenigstens darauf gedrungen werden, daß die Schwestern besondere Schlafräume haben; das Gewissen ist ihnen außerdem so zu schärfen, daß sie die vorgeschriebenen Desinfektionsmaßregeln nicht ganz außer acht lassen. In jedem Krankenhaus soll wenigstens eine Schwester vorhanden sein, die das Zeugnis als geprüfte Krankenpflegerin hat, und weiterhin auch eine solche, die als amtliche Desinfektorin ausgebildet ist. Die Baukosten für das Bett dürfen im allgemeinen 3500 M. nicht übersteigen.

Auf Anregung des Regierungspräsidenten äußern sich sodann die Medizinalbeamten einzeln über die Krankenhäuser in ihren Kreisen und machen Verbesserungsvorschläge.

Nach Schluß des offiziellen Teiles fanden sich die Teilnehmer bei einem gemeinschaftlichen Mittagsmahl zusammen.

Dr. Rathmann-Marienwerder.

Bericht über die amtliche Versammlung der Kreismedizinalbeamten des Reg.-Bez. Liegnitz am 30. November 1912 im Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Liegnitz.

Anwesend waren: Reg.-Präs. Frh. v. Seherr-Thoß, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt, sämtliche Kreisärzte des Bezirks, mit Ansnahme von zwei an der Teilnahme verhinderten, die Kreisassistenzärzte Dr. Süßmann-Liegnitz, Dr. Liedke-Görlitz u. Dr. Hutt-Sagan, außerdem die kreisärztlich geprüften Aerzte: San.-Rat Dr. Karl Scholz-Görlitz, Dr. Hübner-Lüben und Dr. Klimm-Landeshut.

I. Eröffnung und verschiedene Mitteilungen.

Herr Reg.-Präs. Frhr. v. Seherr-Thoß eröffnete um 1 Uhr 10 Min. die Sitzung mit einigen Worten der Begrüßung und dem Wunsche für eine erfolgreiche Tagung; er übergab sodann die Leitung der Versammlung dem Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt, der zunächst der seit der letzten Versammlung verstorbenen Kreisärzte, der Med.-Räte Dr. Hassenstein-Sagan und Dr. Schröder-Sprottau gedenkt. Zu Ehren der Verstorbenen erheben die Anwesenden sich von ihren Plätzen. Er begrüßt hierauf die in den Reg.-Bezirk neu hinzugekommenen Kollegen, die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Gebhardt-Lauban, Med.-Rat Dr. Banik-Sagan u. Dr. Freitag-Sprottau, sowie die Kreisassistenzärzte Dr. Liedke-Görlitz und Dr. Hutt-Sagan. Er bemerkt hierzu, daß die Vereidigung der Kreisassistenzärzte nach § 33 der Dienstanweisung durch den Reg.- und Med.-Rat oder den Kreisarzt zu bewirken ist, aber nicht durch den Landrat.

Von wichtigen Mitteilungen ist der Min.-Erlaß betr. Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken vom 17. Oktober 1912 zu nennen. Ziffer 1 Absatz 2 ist mehrfach so ausgelegt worden, als wenn fortan bei den Drogenhandlungsbesichtigungen außer dem Kreisarzt stets auch ein Apotheker teilnehmen muß. Diese Auffassung ist nach einem neueren Min.-Erlasse nicht richtig; denn es würden dadurch zu große und unnötige Kosten entstehen. Nur bei größeren Drogenhandlungen wird auch fernerhin ein Apotheker hinzuzuziehen sein. Das Neue des Min.-Erlasses ist, daß auch Apotheker, die eine Drogenhandlung besitzen oder besessen haben, zu den Besichtigungen hinzugezogen werden können, und daß die Polizeibeamten, soweit angängig, bei den Besichtigungen Zivilkleidung tragen sollen. Der Erlaß enthalte eigentlich nur eine Ergänzung des Erl. vom 13. Januar 1910. Der Entwurf zu der nach den abgeänderten „Grundsätzen" zu erlassenden Polizeiverordnung sei bereits an den Bezirksausschuß abgegeben.

II. Die Betätigung des Kreisarztes bei der Jugendpflege.

a. Erster Berichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Scholtz-Hirschberg i. Schles. Durch den Erlaß des H. Min. der geistl. pp. Angelegenheiten vom 18. Januar 1911 und des H. Min. des Innern vom 9. November 1911 ist den Kreisärzten offiziell ein neues Feld der Betätigung auf hygienischem Gebiete zugewiesen worden: das der Beteiligung an der Jugendpflege. Die Kgl. Staatsregierung bezeichnet sie in dem angezogenen Erlasse wegen ihrer hohen Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes als eine der wichtigsten Fragen der Gegenwart und legt Wert darauf, daß sich alle staatlichen Behörden je nach ihren Mitteln und Kräften der Sache dienstbar machen. Der Erlaß sieht als bestes Mittel, auf das Ziel hinzuarbeiten, die Bildung von Organisationen in Form von Bezirks-, Kreis- und Ortsausschüssen vor, innerhalb deren mitzuwirken die Medizinalbeamten angewiesen sind, in der richtigen Erkenntnis, daß „ohne Mitwirkung ärzlicher Sachverständiger die Jugendpflege einen wesent-

lichen Teil des erhofften Erfolges entraten müsse und daß die Leitung der leiblichen Fürsorge nach hygienischen Grundsätzen eine wichtige Voraussetzung für die geistige und sittliche Pflege der Jugend sei".

Daß eine Ertüchtigung der schulentlassenen Jugend im vorgenannten Sinne und nach dem Grundsatze „mens sana in corpore sano" eine zwingende Notwendigkeit ist, lehren mancherlei Verhältnisse; es ist daher nur ein Akt der Selbsterhaltung des Staates, wenn er alle auf diesem Gebiete berufenen Kräfte mobil macht. Schon die Militärtüchtigkeit ist als ein Gradmesser für das körperliche Gedeihen der männlichen Jugend zu betrachten; hier ist aber die bedauerliche Feststellung zu machen, daß sie von Jahr zu Jahr zurückgegangen ist, während sich anderseits statistisch nachweisen läßt, daß die Zahl der der Fürsorgeerziehung Zugeführten und der jugendlichen Verbrecher sich in aufsteigender Linie bewegt.

Referent geht nunmehr auf die Richtlinien für die Betätigung des Medizinalbeamten ein, die sich nach den Ursachen der gesundheitlichen Gefahren für die Jugendlichen bestimmen. Nach mancherlei Richtungen hin entscheidend für die geistige und körperliche Enwickelung ist bereits der Zeitraum vom 14.—18. Lebensjahr an und für sich, in dem, abgesehen von den sich steigernden Wachstumsverhältnissen und der Zunahme lebenswichtiger Organe sich gewaltige Evolutionen durch die geschlechtliche Reifung und die damit verbundene, ganze sittliche und moralische Entwickelung des Invididuums vollziehen. In dieser Zeit sind aber noch andere Einflüsse zu überwinden, die sich aus der Art der erwerblichen Betätigung, der Ernährungs- und Wohnverhältnisse zusammensetzen. Auch diese werden vom Referenten, ebenso wie die aus ihnen hervorgehenden Gefahren und Schädigungen für die Jugendlichen eingehend beleuchtet.

Für die Betätigung des Kreisarztes in der Jugendpflege stellt Ref. als allgemein leitenden Gesichtspunkt voran, daß vom Medizinalbeamten gewissermaßen aktiv-organisatorische Leistungen nicht vorausgesetzt werden; der Erlaß selbst verlangt von ihm auch nur die Mitwirkung als ärztlicher Sachverständiger. Damit ist der Kreis seiner Tätigkeit scharf umgrenzt; er soll der ärztliche und hygienische Berater der Organisationen sein, innerhalb deren er wirkt, diesen die nötigen Anregungen geben und innerhalb dieses Rahmens den Jugendpflegern seines Bezirks mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Die Fürsorgebestrebungen sind in einzelnen Zweigen bereits jetzt schon Gegenstand der amtlichen Tätigkeit des Kreisarztes, wie z. B. die Beteiligung an der Tuberkulosenfürsorge, die hygienische Beaufsichtigung der Schulen, die Mitwirkung bei der Gewerbehygiene und die auf diesem Gebiete ausgeübte Fürsorge für die jugendlichen Arbeiter, die Wohnungshygiene, Beaufsichtigung der Schlafstellen usw.; sie bieten die natürlichen Grundlagen für den Ausbau der speziellen Tätigkeit in der Jugendpflege.

Anknüpfend an das Wort des Landrats Dr. Hagen aus Schmalkalden, des eifrigen und erfolgreichen Förderers der Jugendpflege, daß die Fürsorge für die schulentlassene Jugend vorzugsweise auf dem Untergrunde der Fürsorge für die Volksschuljugend aufzubauen sei, bespricht Ref. die Ratserteilung bei der Berufswahl und die auf diesem Gebiete in Anregung gebrachten Maßnahmen; u. a. weist er auf die Einrichtung von Beratungsstellen hin, in denen ebenso wie bei den Tuberkuloseberatungsstellen eine körperliche Untersuchung und Ratserteilung bezüglich der Unfähigkeit zu diesem oder jenem Beruf erfolgt.

Eine ersprießliche Wirksamkeit wird der Kreisarzt als Berater der Ausschüsse bei der Beschließung der zur Abwehr der gesundheitlichen Schädigungen zu empfehlenden Maßnahmen entfalten können; hierzu befähigt ihn besonders seine Bekanntschaft mit den gesamten gesundheitlichen und auch wirtschaftlichen Zuständen seines Bezirks. Ref. macht darauf aufmerksam, daß lokale Verhältnisse eine bedeutsame Rolle spielen und sich bemerkenswerte Verschiedenheiten geltend machen, je nachdem eine Großstadt, ein reiner Industriebezirk oder ländliche bezw. kleinstädtische Verhältnisse in Frage kommen. Nach einer kritischen Würdigung der im einzelnen von der Gesellschaft für soziale Reform gemachten Vorschläge warnt er vor einem Zuviel: Sache des ärztlichen Beraters ist es nach örtlichen Bedürfnissen zu urteilen, das Notwendige vom Nützlichen auszusondern und nicht Vorschlägen das Wort zu

reden, die zu weitgehende, mit großen Opfern verknüpfte Anforderungen von vornherein stellen.

In der Wahl der Mittel und Wege speziell zur körperlichen Ertüchtigung wird die Gymnastik im weitesten Sinne, namentlich auch in Gestalt der sportlichen Uebungen und der Jugendspiele empfohlen, die nicht nur auf die leibliche Gesundheit einen günstigen Einfluß ausüben, sondern auch in ihrer Eigenschaft als Erziehungsmittel durch die Entwickelung und Ausbildung seelischer Eigenschaften (Mut, Kaltblütigkeit, Geistesgegenwart, Schnelligkeit des Entschlusses usw.) eine wertvolle Ergänzung des Turnens bilden. Gewarnt wird vor aller Uebertreibung, namentlich auch bei Ausübung des Sports, bei dem nicht auf Glanzleistungen, sondern auf gute Durchschnittsleistungen zu sehen ist.

Die Frage, ob sich der Kreisarzt in den Jugendpflevereinen durch Vorträge und Belehrungen betätigen soll, bejaht Referent. Der Medizinalbeamte soll sich, soweit es ihm seine Zeit erlaubt, seine Eigenschaft als berufener Lehrer der Gesundheitspflege nicht aus der Hand winden lassen, dabei aber nach Möglichkeit in persönlichen Kontakt mit der Jugend treten. Anknüpfungspunkte finden sich in den gewöhnlichen Lebensverhältnissen in großer Anzahl und Mannigfaltigkeit, namentlich wird auf die Erörterung der Schädigungen durch den Alkoholgenuß und das schädliche Zigarettenrauchen hingewiesen. Ein ganz besonderes Feld aber tut sich auf dem sehr heiklen Gebiet des Geschlechtslebens auf, auf dem durch geeignete Belehrungen zu wirken eine der verdienstvollsten Taten des Gesundheitslehrers sein dürfte.

Dem Medizinalbeamten ist mit der Beteiligung an der Jugendpflege eine neue verantwortungsvolle Aufgabe zugewiesen worden; sie stellt Ansprüche an seine Zeit und seine Berufsfreudigkeit, die nur ideal bewertet werden können. Im Interesse des Volkswohls wird der preußische Kreisarzt auch auf diesem Felde nicht versagen.

b. Der Mitberichterstatter, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Hirschfeld-Glogau, hat durch Umfrage bei den Kreisärzten des Bezirks ermittelt, in welcher Weise und in welchem Umfange sich die Kreisärzte und auch die praktischen Aerzte bei der Jugendpflege im Sinne des Min.-Erl. vom 18. Jan. 1911 betätigt haben. Nach dem Ergebnis der Ermittelungen ist diese Betätigung bisher keine besonders rege und reichhaltige gewesen. Es ist dieser Umstand ursächlich nicht etwa auf mangelndes Interesse der Medizinalbeamten für die Bestrebungen der Jugendpflege-Vereinigungen, sondern darauf zurückzuführen, daß die Organisierung der Jugendpflege in vielen Kreisen des Bezirks erst verhältnismäßig kurze Zeit besteht, und daß einige Kreisärzte noch nicht genügend lange Zeit in ihren Amtsbezirken tätig sind, um sich einen für die Förderung der Jugendpflege ausreichenden Einblick in die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse ihres Kreises verschafft zu haben.

Von den 17 Kreisärzten des Bezirks gehören nur 6 dem Vorstand der Kreis- bezw. Ortsausschüsse der Jugendpflege-Vereinigungen an. Praktisch in der Jugendpflege betätigt haben sich 10 Kreisärzte teils durch sozial-hygienische Vorträge in den Kursen für Spielleiter und in Jugendpflege-Vereinen, teils durch Ausbildung der Jugendlichen in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen, teils durch Gewinnung der praktischen Aerzte für die Mitwirkung an der körperlichen Ertüchtigung der schulentlassenen Jugend. So sind jetzt in 7 Kreisen 19 Aerzte Mitglieder von Ortsausschüssen und lokalen Jugendpflege-Vereinigungen. Mehrere von ihnen haben Vorträge in Jugendpflege-Vereinen und auf Unterhaltungsabenden gehalten.

Damit die Kreisärzte einen vollen Ueberblick über die Tätigkeit der Jugendpflege-Organisationen in ihre Amtsbezirke gewinnen, hält Hirschfeld es für dringend wünschenswert, daß sich sämtliche Kreisärzte in den Vorstand der Kreis- bezw. Stadtausschüsse der Jugendpflege-Vereine evtl. mit Hilfe der Landräte bezw. der Magistrats-Dirigenten, die in der Regel den Vorsitz in diesen Ausschüssen führen, hineinwählen lassen. Ferner hält er es für sehr wünschenswert, daß die Kreisärzte namentlich in denjenigen Kursen, die von den Jugendpflegern von Zeit zu Zeit für die Leiter von Jugendspielen und sportlichen Vereinen abgehalten werden, möglichst oft Vorträge auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege halten, desgleichen auch, soweit es ihre dienstliche Tätigkeit zuläßt, in den Fortbildungs- und Fachschulen.

In Anbetracht der großen Bedeutung, die die richtige Auswahl des Berufes für die weitere körperliche Entwicklung der schulentlassenen Jugend und die Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch den Beruf hat, wird es sich der Kreisarzt besonders angelegen sein lassen, daß die die Schule verlassenden Schüler in immer größerer Zahl durch Anstellung von Schulärzten nicht nur in den Städten, sondern auch auf dem Lande in bezug auf die richtige Auswahl ihres Berufes ärztlich beraten werden. Hirschfeld empfiehlt zu diesem Zwecke auch, daß jedem die Schule verlassenden Schüler, wie es in der Stadt Glogau seit einiger Zeit geschieht, ein Exemplar, „des Ratgebers für die Berufswahl der Volksschüler von K. Fischer und J. Heinemann“ ausgehändigt wird.

Besprechung.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt teilt zunächst ergänzend mit, daß zu diesem Vortrage auch die Herren Reg.-Räte Schmidt und Mand (Polizeidezernent) sowie Pastor Pflanz, der in Jugendpflege hier in Liegnitz besonders tätig ist, einer Einladung zur heutigen Versammlung gefolgt und Leitsätze zu den Vorträgen ihm nicht zugegangen sind.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß betont, daß es ihm sehr lieb gewesen sei, daß dieses Thema von dem Vorsitzenden auf die Tagesordnung gesetzt sei. Die Vorträge hätten alles enthalten, worauf es ankomme. Seine Majestät der Kaiser habe bei seinem letzten Aufenthalte in Schlesien den Herrn Oberpäsidenten beauftragt, darauf hinzuwirken, daß die Beamten sich der Jugendfürsorge mit warmen Herzen annehmen; diese Auffassung bezieht sich auch auf die Kreisärzte. Die Tätigkeit der Kreisärzte läßt sich hierbei nicht immer leicht bestimmen; sie sind Beamte, aber wiederum auch Menschen. Das ganze Gebiet der Jugendfürsorge kann aber nur von Menschen bearbeitet werden, die ein Herz für die Jugend und die ein Verständnis dafür haben, wie sie ihr nahe kommen können. Herr Reg.-Präsident glaubt von allen Kreisärzten erwarten zu können, daß sie nicht nur in ihrer Eigenschaft als Beamte, sondern auch als Menschen diesen Bestrebungen ein warmes Herz entgegenbringen, „Wer die Jugend hat, der hat die Zukunft!“ In einer inner- und außerpolitisch so ernsten Zeit kommt alles darauf an, daß die Jugend bewacht wird. Er spricht deshalb die Bitte aus, daß die Kreisärzte es sich angelegen sein lassen, in die Ausschüsse der Vereine für Jugendpflege hineinzukommen; er betrachtet es auch eine ihrer Aufgaben, daß sie sich mit den nicht beamteten Aerzten in Verbindung setzen und diese für die Sache zu interessieren suchen. Die Kreisärzte kommen ja sowohl mit den Aerzten in ihrem Wohnort, als auch mit den Aerzten in anderen Orten zusammen, auf die sie dann einwirken können. Sie haben sich somit nach den verschiedensten Richtungen hin zu betätigen: Einmal müssen sie anregend und belehrend wirken; z. B. ist es außerordentlich erwünscht, die jungen Leute selbst nicht nur vor Alkohol, sondern auch vor dem Rauchen zu warnen, besonders vor dem Rauchen von den sehr bedenklichen Zigaretten, die schon von den kleinsten Jungen geraucht werden. Dann muß aber auch einer Uebertreibung des Sportes entgegengetreten werden; gerade in den besseren Ständen betätigen sich die jungen Leute, auch Damen, häufig viel zu sehr im Sport. Die Jungen mögen vielleicht mehr vertragen, bei den Damen scheint es aber oft übertrieben zu sein. Neben der Fürsorge für die unteren Stände müsse man auch an die besseren Stände denken und darauf hinwirken, daß jedenfalls keine Auswüchse vorkommen.

Pastor Pflanz glaubt, daß die Tätigkeit der Kreisärzte besonders eine beratende sein müsse. In Liegnitz habe sich ein Kinderarzt zur Verfügung gestellt, der die Mitglieder des Vereins unentgeltlich untersuche und feststelle, ob irgend etwas zur Besserung ihres Gesundheitsheitszustandes zu geschehen habe; eine Behandlung übernehme der Arzt nicht. Besonders wichtig scheinen ihm Belehrungen durch die Kreisärzte auf geschlechtlichem Gebiet. Es mache den Jungen einen besonders tiefen Eindruck, wenn gerade von seiten eines Arztes die großen Gefahren mit dürren Worten geschildert würden. Man dürfe auch nicht zu prüde sein, da die jungen Leute, die aus der Schule kämen, meistens schon ganz gut Bescheid wüßten. Besonders wichtig seien auch Belehrungen über die Nachteile des Alkoholgenusses. Dieser habe entschieden sehr abgenommen und zum

großen Teil wahrscheinlich infolge der Gymnastik. Bei einem Wagenausflug hätte von etwa 70 Jungen nur ein einziger Bier getrunken. Das Tabakrauchen werde man den Jungen schwer abgewöhnen können. In den Vereinsräumen in Liegnitz dürfen Jungen unter 17 Jahren überhaupt nicht rauchen. Ein Uebermaß des Sportes müsse vermieden werden; es komme nicht auf Glanzleistungen an, sondern auf Durschnittsleistungen, daher sei mehr das volkstümliche Schauturnen anzustreben. Das Fußballspielen habe verschiedentlich eine Verrohung zur Folge.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß: Es wäre wichtig, wenn die Kreisärzte gerade nach diesen Richtungen hin Vorträge halten wollten, besonders auch auf den Kreislehrerkonferenzen. Das würde, soweit es noch nicht geschieht, sicher sehr dankbar aufgenommen werden.

Med.-Rat Dr. Hirschfeld-Glogau erwähnt, daß die den Kreisärzten auf den Kreislehrerkonferenzen gewährte Zeit keine übermäßige sei, da die Tagesordnung gewöhnlich sehr umfangreich wäre. Es ständen oft höchstens 15 Minuten zur Verfügung. Die Kreisschulinspektoren müßten darauf hingewiesen werden und dafür sorgen, daß mehr Zeit bewilligt wird.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Toß ist für die Anregung dankbar und wird gelegentlich der Besprechung der Sache in der Schulabteilung in diesem Sinne hinwirken.

Kreisarzt Dr. Meyer-Grünberg hält eine Mitwirkung der Aerzte bezüglich der Wahl des Berufes für wichtig. Das könne natürlich nur durch den Arzt geschehen, der den Menschen bereits eine Zeit näher kenne. Die Anstellung von Schulärzten sei in Grünberg bisher am Kostenpunkt gescheitert. Das Schülermaterial sei bei dem Ueberwiegen der Fabrikbevölkerung sehr kläglich; man finde ein Drittel bis zur Hälfte blutarme und schlecht ernährte Kinder. Es wäre sehr wünschenswert, wenn die Königliche Regierung auf die Anstellung von Schulärzten in Grünberg noch einmal hinweisen möchte.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt: Was die von Herrn Pastor Pflanz empfohlene Belehrung über den Alkohol anbelangt, so sind die Kreisärzte, soweit sie als Impfärzte angestellt sind, ebenso die anderen Impfärzte bereits seit Jahren angewiesen, bei den Impterminen die Mütter der Kinder über die Folgen des Alkoholmißbrauchs zu belehren. Es sollen hierbei auch gedruckte Merkblätter mitgegeben werden. Die Mittel hierzu sind von den Kreisen vielfach in reichlichem Maße bewilligt worden.

Reg.-Rat Schmidt fragt, ob es wohl zweckmäßig sei, die Landräte in einer Verfügung darauf hinzuweisen, daß die Kreisärzte mehr wie bisher in die Ausschüsse für Jugendpflege hineingewählt werden, sie ferner auf die verschiedenen Gesichtspunkte, wie z. B. Berufswahl, erste Hilfe etc. aufmerksam zu machen, und sie zu veranlassen, darauf hinzuwirken, daß von den Kreisärzten hierüber Vorträge gehalten werden.

Die Versammlung hält ein Vorgehen in diesem Sinne für sehr wichtig.

Med.-Rat Dr. Hirchfeld-Glogau bittet, daß die Kreisschulinspektoren auf die Bedeutung des von ihm vorgelegten kleinen Heftes „Ratgeber für die Berufswahl der Volksschüler“ von K. Fischer und J. Heinemann-Breslau, Priebatschs Verlagsbuchhandlung, hingewiesen werden. Jedes Heft kostet 20 Pfennig.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß wird die Schulabteilung darauf aufmerksam machen.

Kreisarzt Dr. Schilling-Freystadt i. Schl.: Das Radfahren schadet oft mehr wie die anderen Arten des Sports. Die Jungen fahren steile Anhöhen um die Wette hinan und schädigen dabei ihr Herz. Dasselbe sei bei Offizieren und den in jedem Dorf bestehenden Radfahrvereinen nachzuweisen.

Kreisarzt Dr. Schreber-Bunzlau teilt mit, daß die Jungen sich mit großem Eifer an den Felddienstübungen beteiligten und daß es sehr angebracht und leicht sei, gelegentlich der dabei vorgenommenen Uebungen im Sanitätsdienst den Kindern nachteilige Wirkungen auf die Gesundheit klar zu machen. Besonders werde man auch die Lehrer für die Jugendpflege zu interessieren haben. Gelegentlich der letzten Kreislehrerkonferenz habe er darauf hingewiesen, daß die angehenden Lehrer nicht nur von den

Seminarlehrern, sondern auch von Aerzten Anleitung erhalten müßten, wie hygienische Fragen zu behandeln wären. Bereits vor 6 Jahren habe er beantragt, daß ihm gestattet werde, die Seminaristen jede Woche 1 Stunde in Hygiene zu unterrichten. Sein Antrag sei aber mit der Begründung abgelehnt worden, daß es hierfür an Zeit fehle. Vor Lehrern an der Fortbildungsschule habe er derartige Vorträge bereits gehalten.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß hält diese Anregung für sehr beachtenswert. Wenn die Versammlung ihre Zustimmung ausspricht, dann werde er sich mit dem Provinzial-Schulkollegium in Verbindung setzen; die Ausführung derartiger Vorschläge liegt in der Hand des Oberpräsidenten. Jedenfalls hält er es für sehr wichtig, daß die jungen Lehrer nach dieser Richtung hin auch eine Ausbildung erhalten.

Reg.-Rat Schmidt ist auch dafür, daß den Lehrern auf den Versammlungen Vorträge von den Kreisärzten gehalten werden.

Med.-Rat Dr. Banik-Sagan weist darauf hin, daß bei Gelegenheit der Abhaltung von Samariterkursen in den Seminaren auch Vorträge über hygienische Fragen gehalten werden könnten.

Pastor Pflanz erwähnt, daß, soviel er gehört habe, in Liegnitz regelmäßige Untersuchungen der Fortbildungs- und Handelsschüler stattfinden sollen.

Kreisassistenzarzt Dr. Süßmann-Liegnitz erwidert, daß die Stadt sich der entlassenen Schuljugend anzunehmen gedenke. Von einer Untersuchung der Fortbildungsschüler sei ihm nichts bekannt. Er widme sich der Sache; gerade eine Beaufsichtigung der schulentlassenen Jugend sei sehr wichtig. Wie nachteilig eine Uebertreibung des Sports sei, habe er bei der Untersuchung von jungen Leuten festgestellt, die einem Athletenklub angehören; viele hätten Herzstörungen aufgewiesen. Auch das Zigarettenrauchen sei ganz besonders schädlich, sobald es zu einem Uebermaß komme, was dabei gerade sehr leicht geschehe.

Kreisassisenzarzt Dr. Liedke-Görlitz weist darauf hin, daß eine hygienische Ausbildung der Lehrer gerade durch die Kreisärzte auch deshalb sehr angebracht sei, weil unter den Lehrern sehr viele sich für die Naturheilkunde interessieren.

Mit Rücksicht darauf, daß der Herr Reg.-Präsident an dem Punkt 4 der Tagesordnung ein besonderes Interesse hat, aber später durch anderweitige Geschäfte in Anspruch genommen ist, wird dieser zunächst behandelt.

III. Gesundheitliche Gefahren durch galizische Arbeiter und ihre Bekämpfung. Berichterstatter Kreisarzt Dr. Wagener-Lüben.

Eine amtliche schematische Desinfektion der alljährlich in zunehmender Zahl besonders die östlichen Provinzen überflutenden galizischen Saisonarbeiter ist in erschöpfender Weise kaum durchführbar.

Gegen die Pockengefahr wird die Impfung der Galizier den wirksamsten Schutz bilden, gegen die Invasion der Cholera bietet die für den Ernstfall vorgesehene verschärfte Grenzüberwachung Schutz.

Die bei der Verbreitung gerade einzelner Typhus- und Genickstarrefälle eine große Rolle spielenden Bazillenträger und Dauerausscheider werden durch die prophylaktische Desinfektion nicht getroffen. Diese Seuchenvermittler werden wirksam bekämpft durch strenge Kasernierung, durch sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Unterkunftsräume, insbesondere durch die Pflege der Reinlichkeit in diesen, Instandhaltung regelrecht angelegter Aborte, strenges Verbot des Defäzierens um die Kasernen herum, öfteres Beschicken der Abortgruben sowie des die Kasernen umgebenden Erdreichs mit Kalk als dem einfachsten und besten Desinfiziens und durch Sorge für einwandfreies Trinkwasser. Wichtig ist, daß alljährlich nach dem Fortzug der Galizier die Schlafdecken mit Dampf desinfiziert werden, sofern ein Dampfapparat zur Verfügung steht; wo ein solcher aber nicht vorhanden ist, sollten sie wenigstens regulär gewaschen, ausgesonnt und ausgelüftet werden. Ferner sind die Unterkunftsräume jedes Jahr frisch zu weißen — was wichtiger ist, als alle Formalinräucherung —, mit Wasser und viel Schmierseife auszuscheuern, mitsamt dem in ihnen befindlichen Mobiliar.

Besonders groß ist alljährlich die Granulose- und Krätzeziffer. Die Krätze kommt zumeist in den schweren vernachlässigten karbunkulösen Formen vor, die wochenlanger Krankenhausbehandlung bedürfen.

Eine sorgfältige Untersuchung der zugezogenen Polen, sofortiges Ausmerzen der Erkrankten reinigt hier leicht das Terrain.

Die Granulose wird am wirksamsten durch regelmäßige kassenärztliche Behandlung bekämpft.

Besprechung.

Reg.- und Geb. Med.-Rat Dr. Schmidt dankt dem Vortragenden und erwähnt, daß er selbst über dasselbe Thema einmal auf einer Medizinalbeamten-Versammlung in Berlin gesprochen habe. Auf seine Anregung sei damals eine Polizeiverordnung von dem Herrn Reg.-Präsidenten in Frankfurt a. O. unter der Mitwirkung von Geheimrat Pistor, des derzeitigen Reg.- und Med.-Rats, erlassen worden. Betreffs der vom Vortragenden erörterten Raumfrage wolle er nur hervorheben, daß in der erwähnten Polizeiverordnung für die Saisonarbeiter als Mindestmaß für den Kopf 8 cbm gefordert worden seien.

Für den Reg.-Bezirk Liegnitz ist durch den Herrn Reg.-Präsidenten bisher zweimal eine Desinfektion der ausländischen Arbeiter angeordnet worden. Das erste Mal 1905 wegen der Genickstarre. Diese Verordnung wurde dann auf Anregung der Landräte für eine Reihe von Jahren aufgehoben. Das zweite Mal wurde die Desinfektion durch eine Verfügung vom 22. Februar 1911 und zwar aus Anlaß der Pocken angeordnet. Es sind also beide Male ganz außergewöhnliche Veranlassungen gewesen, die die Anordnung der Desinfektion erforderten.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß: Der Vortrag hat eine ganze Reihe von ihn sehr interessierten Punkten berührt, denen er auch als Laie glaubt zustimmen zu müssen, so insbesondere hinsichtlich der Granulose und der Krätze. Obenan dürften indeß die Genickstarre und die Poccken stehen. Bei der Genickstarre dürfte der Beweis erbracht sein, daß sie durch Galizier eingeschleppt worden ist. Auch betreffs der Pocken ist der Reg.-Präsident für seine Person davon überzeugt, daß diese im vergangenen Jahre durch fremde Arbeiter hereingebracht worden sind. Dafür, daß die Impfung das einzige Mittel gegen die Weiterverbreitung der Pocken ist, haben wir hier in Liegnitz im Frühjahr d. J. die Belege genügend gehabt. Bei der Impfung ist nun zu berücksichtigen, daß einmal die Leute geimpft werden müssen, die den Infektionsstoff einschleppen, und dann diejenigen Personen, die vor der Ansteckung bewahrt bleiben sollen. Wenn wir es erreichen könnten, daß die Arbeiter an den Grenzübergangsstellen überall mit guter Lymphe geimpft würden und darauf noch 14 Tage in Quarantäne verblieben, so wäre damit etwas zu machen. Ist dies aber nicht möglich, dann ist von der Impfung auch noch keine vollkommene Sicherheit zu erwarten. Vielleicht läßt sich die Forderung stellen, daß niemand hereingelassen wird, der nicht geimpft worden ist und nicht eine 14 tägige Quarantäne durchgemacht hat. Wir haben ja doch in diesem Jahre erst den Fall gehabt, daß polnische Leute durch Liegnitz durchgefahren und dann später in Rottweil in Württemberg an Pocken erkrankt sind. Daß die geeimpften Personen gegen Pocken geschützt sind, haben wir damals hier in einem ganzen Hause in der Karthaus-Vorstadt erfahren und ist auch in einem Falle, in Aslau im Kreise Bunzlau, erwiesen. Verhält es sich mit den fremden Arbeitern nicht aber anders? Können diese nicht, wenngleich sie auch geimpft sind, den Krankheitsstoff mitbringen und dann weiter übertragen? Wenn das der Fall ist, dann ergibt sich die Notwendigkeit, die Desinfektion anzuordnen.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt: Fälle, in denen die Pocken durch aus dem Auslande hergeschickte Kleider oder dergleichen übertragen worden sind, sind bekannt. Ein solcher Fall — es handelte sich um russischen Hanf — ist auch im vor. Jahre in einer Spinnerei in Naumburg a. B. im Kreise Sagan vorgekommen. Die Einführung einer Quarantäne wäre allerdings, wenn durchführbar, sehr wichtig; zuständig dafür sei, da mehrere Regierungsbezirke in Betracht kommen wurden, der Herr Oberpräsident.

Vor 4 Jahren sind in der Gegend von Hirschberg, auf dem Rittergut Eichberg (Kreis Schönau) 2 Pockenfälle bei fremden Arbeitern vorgekommen. Aus besonderen Gründen wurde Redner vom Herrn Reg.-Präsidenten dorthin entsandt. Der eine dieser Leute war, wie er feststellen konnte, erst vor 3 Tagen bei Myslowitz in Oberschlesien, Bezirk Oppeln, über die Grenze gegangen.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß: Mögen die Fälle von Granulose und Krätze auch sehr viel häufiger vorkommen, so ist ein Pockenfall doch noch sehr viel unangenehmer, da man nie in der Lage ist, vorauszusagen, wie die Krankheit sich weiter verbreiten wird; denn man weiß doch gar nicht, mit wem alles der Kranke zusammengekommen ist. Es kann daher wohl die Notwendigkeit eintreten, mit allem Ernst vorzugehen und, ohne die Kostenfrage zu berücksichtigen, alles zu tun, was erforderlich ist. Auch bei der Genickstarre haben wir sofort eingegriffen, ohne danach zu fragen, wer die Kosten zu tragen hat.

Kreisarzt Dr. Leske-Liegnitz: Die Untersuchungen an der Grenze haben nur dann einen Zweck, wenn die Leute dort auch noch eine 14 tägige Karenzzeit durchmachen müssen. Da das aber zu große Kosten verursacht, müssen wenigstens die Maßnahmen getroffen werden, die möglich sind. Die prophylaktische Desinfektion ist nach Ansicht des Redners gerade bei den Pocken von großer Bedeutung. Der Pockenkranke ist schon während der Inkubationszeit in der Lage, die Krankheit zu übertragen. An der Desinfektion der Sachen muß man festhalten. Der hiesige erste Pockenfall betraf einen Mann, der sich wegen eines anderen Leidens bereits 18 Tage im Krankenhaus befand. Die Infektion mußte also schon vor 18 Tagen vor sich gegangen sein. Die anderen Fälle traten am 9. und 13. Tage auf. Wenn Berichterstatter sagt, daß die fremden Leute auf den Gütern in besonderen Häusern so gut getrennt untergebracht sind, daß sie keine Gefahr bringen, so kann Redner dem nicht beistimmen. Die Leute wohnen oft in demselben Hause mit den einheimischen Arbeitern und kommen auch am Feierabend und am Sonntag mit diesen zusammen. Ich meine darum, daß die Desinfektion doch einen sehr großen Wert hat und daß sie beibehalten werden muß.

Kreisarzt Dr. Zillessen-Goldberg kann Leske nur beistimmen. Unter den von ihm beobachteten Fällen lag bei dem ersten die Infektion schon weiter zurück. Der 2. Fall betraf das ungeimpfte Kind einer Polin. Die Leute aus dem Pockenhause waren am Sonntag vorher sämtlich in Hirschberg gewesen; sie kommen also sehr wohl auch mit der anderen Bevölkerung zusammen. Redner ist auch für eine 14 tägige Quarantäne.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt bemerkt auf Grund seiner vielfachen Beobachtungen, daß die fremden polnischen Arbeiter an Sonn- und Feiertagen als eifrige Besucher des Gottesdienstes auch in der Kirche regelmäßig mit den einheimischen Personen zusammenkommen.

Kreisarzt Dr. Schilling-Freystadt ist durchaus für die Desinfektion. In einem Fall konnte er feststellen, daß die Pocken du-ck ein Paket eingeschleppt waren, das die Leute, die schon seit Monaten auf derselben Arbeitsstelle sich befanden, aus der Heimat erhalten hatten. Die Untersuchung an der Grenze hat wohl nur verhältnismäßig geringen Wert; außer bei gröberen Fällen wird man dort nichts feststellen können. Bei diesen Massenuntersuchungen kann man auch kein besseres Resultat erwarten. Einer von dem Redner beobachteten Fälle spricht dafür, daß der Impfschutz erst nach einer gewissen Zeit eintritt; er fand z. B. bei einem Mann neben den Pockenpusteln noch die Impfpusteln.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt hat dasselbe im Jahre 1872 nach dem Kriege gegen Frankreich erlebt: Es waren bei einem Ziegelmeister die Pocken ausgebrochen; die Familie wurde sofort geimpft, dennoch erkrankte ein erwachsener Sohn, bei dem dann Pocken und sehr schon entwickelte Impfpusteln zusammen vorhanden waren.

Kreisarzt Dr. Hirschfeld-Glogau meint, daß die Wichtigkeit der Desinfektion wohl anerkannt werden müsse. Eine andere Frage sei aber die, ob sie sich so ausführen läßt, daß der gewollte Schutz erreicht wird. Es kämen zu einer bestimmten Zeit viele Hunderte ausländische Arbeiter herein; um die Desinfektion bei diesen zu bewältigen, müsse man auf die staatlich

geprüften Desinfektoren verzichten; sonst bleibe nur übrig, daß die Leute sich so, d. h. undesinfiziert, im Kreise aufhalten, womit dann allerdings die Gefahr der Verbreitung gegeben ist. Redner möchte deshalb vorschlagen, daß die Anweisung, die der Berichterstatter ausgearbeitet hat, den Kreisärzten überwiesen wird und daß dann die Landräte mit den Kreisärzten sich darüber schlüssig werden, inwieweit die mechanische Desinfektion nützlich ist.

Reg.-Rat Schmidt interessiert die Erörterung vom veterinäpolizeilichen Standpunkte aus. Als vor 2 Jahren die Maul- und Klauenseuche hier eingeschleppt wurde, hatten wir die Sorge, daß die galizischen Arbeiter die Seuche sehr verbreiten würden. Es wurde eine Desinfektionsanweisung erlassen und in dieser auch die Anwendung der trockenen Hitze (im Backofen) empfohlen. Ob die Anweisung aber befolgt worden ist, habe er nicht erfahren. Eine Verschleppung durch die fremden Arbeiter ist allerdings auch nicht nachgewiesen worden.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß sieht den Wert einer Zusammenkunft wie der heutigen in dem gegenseitigen Austauch dieser Erfahrungen. Er möchte meinen, daß es doch ganz zweckmäßig wäre, wenn die Erfahrungen, die die einzelnen Kreisärzte bei der vorjährigen Epidemie gesammelt haben, allgemein zugänglich gemacht würden. Das Material würde am besten der Bezirksleitung eingeschickt und hier dann zusammengestellt. In Liegnitz sei der erste außerhalb des Krankenhauses Bethanien beobachtete Pockenfall in einem Arbeiterhause mit etwa 50—60 Insassen vorgekommen und nach sofort durchgeführter Impfung der übrigen Hausbewohner nur noch ein Mann erkrankt, der an einer anderen Krankheit litt und sich daher nicht hatte impfen lassen. Es ist das gewiß ein Beweis dafür, daß die Impfung einen hervorragenden Schutz gewährt. Wir sind stolz darauf, daß es uns gelungen ist, die Krankheit in Liegnitz im ganzen auf 11 Fälle zu beschränken. Im Kreise Bunzlau ist der Erfolg ebenso gewesen.

Hinsichtlich der Desinfektion gibt der Reg.-Präsident Dr. Hirchfeld Recht, daß sie nur dann einen Wert hat, wenn sie auch richtig ausgeführt wird. Vielleicht könne man die weitergehende Forderung stellen, daß eine Quarantänestation eingerichtet wird, wo die Leute 14 Tage bleiben müssen und auch die Desinfektion vorgenommen werden kann. Wenn das hier zusammengestellte Material dem Herrn Oberpräsidenten oder dem Herrn Minister eingereicht werde, sei diese Forderung gar keine so unerreichbare, sobald erklärt werde, daß die bisherigen Maßregeln eine ungenügende Wirkung gehabt hätten.

Kreisarzt Dr. Leske-Liegnitz teilt mit, wie bei der Genickstarre im Kreise Liegnitz Land verfahren worden ist. Die Arbeitgeber müssen die Transporte anmelden; die Arbeiter werden dann nach der Ankunft sofort ins Kreiskrankenhaus gebracht und dort gebadet, während ihre Sachen desinfiziert werden. Nach der Anweisung des Herrn Ministers über die Tuberkulose-Desinfektion sind Dampfdesinfektionsapparate jetzt erforderlich.

Med.-Rat Dr. Erbkam-Jauer bemerkt, daß nach Jauer in das Kreiskrankenhaus etwa 50 Krätzekranke gekommen sind, von denen aber nur sehr wenige Deutsche waren. Die Granulose sei weniger gefahrbringend, da sie aber eine chronische Krankheit sei, wäre es doch gut, die Leute einfach zurückzuschicken. In Ostpreußen würden auch nicht alle Kranken im Krankenhaus behandelt; da die Besitzer aber die Leute nicht zum Arzt schicken, sei die Behandlung sehr mangelhaft.

Kreisassistenzarzt Dr. Liedke-Görlitz teilt mit, daß auf der Kontrollstation der Hamburg-Amerika Linie in Thorn (früher Ottolotschin) ebenfalls die Durchwanderer gebadet und ihre Sachen gleichzeitig desinfiziert werden, ferner daß die Granulosekranken sich dort behandeln lassen müssen oder zurückgeschickt werden. Interessant hinsichtlich der Länge der Inkubationszeit sei ein Fall, wo ein etwa 40jähriger Ziegelarbeiter, der mit ca. 18 Jahren zum letzten Mal geimpft worden war, Verwandte in Rußland aufsuchte und ungefähr $2^1/_2$ Wochen nach seiner Rückkehr schwer an Pocken erkrankte.

Kreisarzt Dr. Zillessen-Goldberg meint, daß an den landwirtschaftlichen Winterschulen Vorträge darüber gehalten werden

müsten, wie die Weiterverbreitung von Krankheiten zu verhüten und die Desinfektionsmaßregeln auszuführen seien. Gerade dabei komme es auf das verständnisvolle Entgegenkommen der Landwirte an.

Dr. Hübner-Lüben glaubt, daß es die größte Sicherheit gewähren müßte, wenn an der Grenze die Desinfektion und Untersuchung vorgenommen würde; da aber schon auf der Eisenbahn eine Uebertragung möglich sei, müßten auch die Eisenbahnwagen desinfiziert werden. Wenn eine Quarantäne eingerichtet würde, dann dürften auch schon 8 Tage ausreichen.

Reg. und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt bedauert, diese Frist als den epidemiologischen Grundsätzen widersprechend bezeichnen zu müssen.

Kreisarzt Dr. Wagner-Lüben (Schlußwort) glaubt, daß er etwas mißverstanden worden sei; er habe nur den Wert einer mechanischen Desinfektion hervorgehoben und nur betont, daß die landläufige Formalindesinfektion nicht richtig ausgeführt würde. Wenn wir jeden Granulosekranken zurückschicken wollen, dann bekommen wir bald überhaupt keine fremden Arbeiter mehr. Die Leute können doch auch hier, während sie arbeiten, ärztlich behandelt werden. Mit einer Quarantäne von 14 Tagen werde kein Besitzer einverstanden sein. Berichterstatter möchte wohl wissen, wieviele von den Besitzern in den einzelnen Kreisen desinfiziert haben! Man muß sich immer an das halten, was am praktischsten ist und sich am besten durchführen läßt. Zunächst halte er Wasser und Seife immer noch für das Richtigste.

Reg. und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt weist auf die Reg.-Verf. vom 22. Februar d. J. hin, in der zum Teil auch ganz einfache Maßnahmen vorgeschrieben seien, so u. a. außer Seifenbädern für die Personen die Anwendung der Siedehitze und des Abreibens mit in Kresolwasser getränkten Lappen für die Sachen. Auch eine Reinigung der unsauberen Ausweispapiere sei dort angeordnet worden und zwar, wenn Formaldehyd-Desinfektion unmöglich sei, durch Anwendung trockener Hitze in Brennkammern als Notbehelf.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß: Es wäre doch interessant zu erfahren, ob die Desinfektion auch wirklich ausgeführt worden ist. Wenn das von hier aus nur angeordnet, aber nicht sagemäß oder unvollständig geschehen ist, dann muß das den Landräten mitgeteilt und von diesen berichtet werden, in welchem Umfange die Desinfektion vorgenommen ist. Die Landräte werden sich dann an die Kreisärzte wenden.

Kreisarzt Dr. Leske-Liegnitz teilt mit, daß gelegentlich der Genickstarre im Landkreise Liegnitz etwa 800—900 Desinfektionen vorgenommen worden sind.

Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß: Es scheint Uebereinstimmung darüber zu herrschen, daß an der Grenze eine Desinfektion stattfinden muß. Auch darüber scheinen die meisten Kreisärzte sich einig zu sein, daß nicht nur eine Reinigung der Leute, sondern auch eine Desinfektion der Sachen erforderlich ist, da auch durch das Gepäck die Pocken weiterverbreitet werden können. Auch die Eisenbahnverwaltung hat eine Desinfektion der Eisenbahnwagen vorzunehmen.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt erklärt, alsbald die nötigen Umfragen durch besondere Verfügung in die Wege leiten zu wollen. Von dem Verlauf der heutigen Besprechung erhalte auch der Herr Minister Kenntnis durch Uebersendung einer Abschrift der Vorträge und der stenographischen Berichte der Schriftführer. Einzelne Vorträge würden ferner durch den vortragenden Rat im Ministerium des Innern Geh. Med.-Rat Dr. Abel in der Vierteljahresschrift für geschichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen veröffentlicht werden.

Der Herr Regierungspräsident verläßt jetzt die Versammlung, den Verhandlungen weiteren guten Fortgang wünschend.

IV. Verschiedene Mitteilungen.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt: Vor Uebergang zu dem letzten Vortrage habe ich noch auf einige Dinge hinzuweisen: Bei den Berichten der Landräte über Bißverletzungen sind Ausstände zu machen gewesen. Die

Herren Kreisärzte wollen beim Durchgange gemäß der Regierungsverfügung vom 5. September 1908 darauf achten, daß keine Fragen unbeantwortet bleiben, z. B. ob Biß am rechten oder linken Arm und dergl.

Die Zählkarten über Pocken sind mehrfach mangelhaft ausgefüllt und teilweise in kaum lesbarer Schrift eingesandt worden. Auch hierauf wird in Zukunft zu achten sein.

Ein Erlaß des Herrn Finanzministers betrifft die Beschaffung von Vordrucken zu Fragebogen über die amtsärztl. Untersuchung der blinden und taubstummen Kinder zum Zweck der Feststellung ihrer Schulpflicht nach dem Gesetze vom 7. August 1911. Diese Vordrucke sind bereits in Düsseldorf bestellt; sie werden und zwar je 3 Stück den Kreisärzten und Kreisassistenzärzten auf Staatskosten geliefert. Weitere Vordrucke gibt die Königliche Regierung ab.

Durch Ministerial-Erlaß vom 5. Juni 1912 ist darauf hingewiesen, daß den Kreisärzten das Halten des Ministerialblattes und dessen Inventarisierung allgemein zur Pflicht zu machen ist. Bei den Beaufsichtigungen der Registraturen wird hierauf geachtet werden.

Fernsprechanschlüsse haben nach einer ministeriellen Entscheidung die Kreisärzte aus ihrer Dienstaufwandsentschädigung zu bestreiten.

Der Deutsche Drogistenverband hat in einer Eingabe vom 15. August 1912 an den Herrn Regierungspräsidenten auf das Unwesen der Drogenschränke hingewiesen und gebeten, daß die Kreisärzte vor dem Ankauf von Drogenschränken warnen möchten. Es wird dies ihnen zu überlassen sein.

V. Tätigkeit und Erfolge der Gesundheitskommissionen.

a. Der erste Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Wilhelm Meyer-Muskau hat seinem Referat einen Ueberblick über die Tätigkeit der Gesundheitskommissionen des Reg.-Bezirks Liegnitz zugrunde gelegt, soweit sich ein solcher durch das Studium der Sitzungsberichte, die etwa 600 an Zahl betragen, gewinnen ließ.

Der Gedanke, durch Bildung von Kommissionen auf hygienischem Gebiet einzuwirken, drückt sich bereits in der Schaffung der alten Sanitätskommissionen aus, die gewissermaßen als die **Vorläufer** der heutigen Gesundheitskommissionen angesprochen werden können.

Die in dem Erlaß vom 13. März 1901 enthaltene Geschäftsanweisung ist überall zum Ausgangspunkt der Bildung und der Tätigkeit der Kommissionen genommen worden. Die Bildung der Kommissionen ist überall vorschriftsmäßig erfolgt, ebenso ihre Zusammensetzung. Anders wird das Bild, wenn man die Kommissionen in ihrer Tätigkeit beobachtet. Von Kommissionen, die eine regelmäßige rührige Tätigkeit entfalten, bis zu solchen, die in fast vollkommener Untätigkeit verharren, finden sich alle Abstufungen, doch ist die Zahl der ersteren bei weitem größer. Daß die Tätigkeit sich in größeren Städten umfangreicher und fruchtbringender gestaltete, als in kleineren Städten und auf dem Lande, liegt in der Größe der Aufgaben und der meist vorgeschrittenen hygienischen Vorbildung der Mitglieder in den Städten. Die Tätigkeit erstreckte sich auf Abhaltung von Sitzungen und Vornahme von Besichtigungen.

Die Tagesordnung der Sitzungen weist fast alle Gegenstände, die mit der öffentlichen Gesundheitspflege Berührungspunkte haben, auf. Die Erledigung war meist sachgemäß und zeigte Verständnis für die Wichtigkeit der Aufgaben. Auch der Aufgabe, aus eigener Initiative Vorschläge über Beseitigung gesundheitswidriger Zustände, Verbesserung bestehender Einrichtungen und Einführung zeitgemäßer Neuerungen zu machen, wurden viele Kommissionen gerecht, wenn auch gerade hier der Einfluß des Kreisarztes von Bedeutung ist.

Einen Hauptteil der Tätigkeit bilden die Besichtigungen, die in überwiegender Mehrzahl der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung, bezw. der Reinhaltung der Ortschaften, fast ebenso häufig aber auch den Schlächtereien, Milchhandlungen und Bäckereien gelten. Besichtigungen eigentlicher gewerb-

licher Anlagen finden sich seltener, ebenso von Schulen, Krankenanstalten, Badeanstalten, Kirchhöfen.

Soweit über die Tätigkeit der Kommissionen; die Erfolge lassen sich am besten überblicken, wenn auf die einzelnen Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens näher eingegangen wird.

Auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung ist die Ausbreitung des Desinfektionswesens oft den Kommissionen zn danken. Für den Fall eines Ausbruchs von Seuchen, Cholera, Pest, Pocken, wurden Krankenräume bereit gestellt, das Desinfektionswesen und die Pflegetätigkeit geregelt. Von den einheimischen Seuchen galt meist belehrende Tätigkeit den Masern, dem Scharlach, der Diphtherie; die Maßregeln bei Typhus bestanden in der allgemeinen Verbesserung der Wasserversorgung und der Abwässerbeseitigung sowie in der Kontrolle der Milch- und Nahrungsmittelhandlungen.

In mehreren Städten war das Ergebnis der Tätigkeit der Gesundheitskommissionen die Schaffung von Tuberkulosefürsorgestellen.

Besonders hervorragend war die Tätigkeit auf dem Gebiet der Wohnungshygiene. Beanstandung baufälliger, überfüllter und nasser Wohnräume, gesundheitsgemäßer Umbau von Kellerwohnungen und Dachkammern, Beratung von Polizeiverordnungen zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, Schaffung besserer Verhältnisse bei überfüllten und unsauberen Massenquartieren, Herbergen, Schlafstellen, waren die dankenswerten Erfolge. Aehnliche Erfolge waren in der gesundheitsgemäßen Abfuhr der Abgänge von den Höfen und aus den Ortschaften, der Beseitigung lokaler Schmutzstätten zu verzeichnen. Mehrere Städte haben die Kanalisation, 10 Städte die zentrale Wasserversorgung der Anregung der Kommission zu verdanken. Auch für die Reinhaltung der öffentlichen Gewässer haben die Kommissionen gesorgt.

Auf dem Gebiet der Nahrungsmittelhygiene haben die Besichtigungen erzieherischen Wert, namentlich in bezug auf die Sauberkeit im Verkehr und in der Herstellung der Nahrungsmittel, gehabt; Polizeiverordnungen über den Verkehr mit Milch und mit Backwaren sind den Kommissionen zu danken. Auch die Beseitigung gewerblicher Mißstände durch Lumpensortieranstalten, Gerbereien usw., der Ruß- und Rauchplage durch Fabriken gelang den Kommissionen.

Für die Schulen hat der Erfolg in der Anstellung von Schulärzten, Einführung der Schulzahnpflege und Anregung zur Anlage von Schulbädern bestanden.

Das Gebiet der Armen- und Krankenpflege hat manche Neugründung und Verbesserung von Krankenanstalten, das der Kinderfürsorge einmal günstige Ergebnisse hinsichtlich der Unterbringung und Verpflegung der Haltekinder, sodann anch Maßnahmen gegen die Säuglingssterblichkeit und Gründung von Fürsorgestellen als Erfolg des Eingreifens der Kommissionen zu verzeichnen.

Das Volksbadewesen hat leider keine positive Errungenschaften aufzuweisen; es ist vorläufig bei der Anregung geblieben.

Auf eine erfolgreiche Tätigkeit können die Kommissionen auf dem Gebiet des Leichenwesens zurückblicken: Anlage neuer Kirchhöfe und Einführung der Leichenschau in einer großen Zahl von Orten.

Alkoholismus und Trinkerfürsorge bilden vereinzelt Angriffspunkte für die Tätigkeit der Kommissionen.

Im großen und ganzen finden sich die Haupterfolge in der Sanierung örtlicher Verhältnisse, wie sie sich in der Verbesserung der Wohnungsgelegenheiten, der Aufdeckung und Beseitigung lokaler Schmutzstätten, der Besserung der Wassergewinnung und Abwässerbeseitigung aussprechen. In der Verfolgung höherer Ziele auf dem Gebiete der allgemeinen Wohlfahrt wie in der Schulhygiene, des Volksbadewesens und der allgemeinen Fürsorgebestrebungen ist es bisher nur den Kommissionen einzelner größerer Gemeinwesen vorbehalten geblieben, nennenswerte Erfolge zu erzielen. Referent kann sich der abfälligen Urteile über die Erfolge der Gesundheitskommissionen nicht anschließen, sondern betont, daß das bisher von den Gesundheitskommissionen Anerkennung verdient.

b. Der zweite Berichterstatter, Med.-Rat Dr. Gebhardt-Lauban ist der Ansicht, daß die Anerkennnung der Gesundheitskommission keine unbedingte sein könne.

Besonderer Wert ist zu legen auf zweckmäßige Zusammensetzung. Mangelndes Interesse führt nicht selten zu ungenügender Beteiligung an den Sitzungen und örtlichen Besichtigungen.

Von der Befugnis des Kreisarztes, jederzeit Sitzungen anzuberaumen, ist ein sparsamer, vorsichtiger Gebrauch zu machen. Beim Herannahen von Seuchen sind Sitzungen erforderlich.

Die Beteiligung der Aerzte sollte noch mehr erstrebt werden.

An den Arbeiten der Gesundheitskommissionen ist der Kreisarzt überall in hervorragender Weise beteiligt.

Die Erfolge sind im ganzen mäßig, abgesehen von mehr vereinzelten erfreulichen Ergebnissen.

Besprechung.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt: Aus den Vorträgen geht hervor, daß Erfolge der Gesundheitskommissionen festgestellt sind; die Kreisärzte können daraus Schlüsse ziehen, wie sie in Zukunft verfahren werden. Da die Zeit schon sehr vorgeschritten ist, bitte er, von einer längeren Debatte abzusehen; zumal sich auch bisher niemand zu Wort gemeldet hat. — Er schließt sodann die Sitzung mit bestem Danke für die rege Anteilnahme an den gepflogenen Verhandlungen.

(Schluß 4 Uhr 20 Minuten nachmittags.)

Hierauf vereinigten sich 20 Teilnehmer zu einem gemeinschaftlichen Essen in den Räumen der Ressourçegesellschaft.

Dr. Schmidt-Liegnitz.

Bericht über die Oberbayerische Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins am 25. Mai 1913.

Anwesend sind die Herren: Dr. Rimpau, Direktor der k. bakteriologischen Untersuchungsanstalt München (als Gast), die Bezirksärzte Dr. A. Auer-Rosenheim, Dr. Brinsteiner-Landsberg, Dr. Krebs-Bad Aibliug, Dr. Marzell-München (Vorsitzender), Dr. Schön-Ingolstadt, Dr. Schrank-Ebersberg und Dr. Zöllner-Fürstenfeldbruck, ferner Polizeiarzt Dr. Pallikan-München, Landgerichtsarzt Dr. A. Pfeiffer-Traunstein, Bezirksarzt a. D. Dr. Gaill-München, sowie die staatsärztlich approbierten prakt. Aerzte Dr. Dollmann-München und Dr. Hausladen-Schaftlarn.

Der Vorsitzende begrüßt die Erschienenen und gedenkt dankend des bisherigen Kreisvorsitzenden, k. Bez.-Arztes Dr. Angerer-München. Herr Ob.-Med.-Rat Dr. Messerer ist leider durch anderwärtige amtliche Verpflichtung verhindert der Kreisversammlung beizuwohnen. Ebenso werden Entschuldigungsschreiben verlesen von den Herren Bezirksärzten Med.-Rat Dr. von Dall'Armi-München, Med-Rat Dr. Fortner-Bad Tölz und Dr. Rauh-Erding.

I. Vorentwurf zur Satzungsänderung. Der Vorentwurf wurde nach kurzer Begründung durch den Vorsitzenden angenommen. Es wird vorgeschlagen in § 2 Ziffer 3 einzufügen: „Der Direktor der k. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt“, ferner in § 17 die Worte: „im Benehmen mit dem Landesvorsitzenden“ zu streichen.

II. Eingabe an das K. Staatsministerium des Innern, betreffend Erhöhung des Dienstaversums und des Ruhegehalts der Bezirksärzte.

a) Eingabe betr. Dienstaufwand der Bezirks- und Landgerichtsärzte. Dem Entwurf wurde zugestimmt.

b) Der Entwurf des Landesvorsitzenden, betr. Ruhegehalt der Bezirksärzte, fand die Billigung der Versammlung.

Der Antrag des Med.-Rats Dr. Graßl-Kempten wurde sympathisch aufgenommen.

III. Ueber Anstellung von Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten.

Dr. Rimpau, Direktor der K. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in München:

Die Ermittelungen werden eingeteilt in solche, die von den Bezirksärzten, ex officio, d. h. ohne besondere Anweisung und in solche, die nur im Einverständnis mit dem Verwaltungsbehörden anzustellen sind, d. h. in solche, die anläßlich von Ersterkrankungen und solche, die bei weiteren Erkrankungen vorzunehmen sind. Ohne besondere Weisung sind Ermittelungen bei den Ersterkrankungen an gemeingefährlichen Krankheiten des R.G., sowie an den im § 5 der B.V. vom 6. Mai 1911 angeführten übertragbaren Krankheiten anzustellen. Bei den gemeingefährlichen Krankheiten sind Ermittelungen bei weiteren Fällen nur im Einverständnis bezüglich auf Anordnung der unteren bezüglich oberen Verwaltungsbehörden vorgeschrieben. Die B.V. gibt keine näheren Anweisungen über die Anstellung von Ermittelungen in weiteren Fällen, mit Ausnahme des Hinweises, was unter weiteren Fällen in Ortschaften mit über 10000 Einwohnern zu verstehen sei. Da aber eine Seuchenbekämpfung erfolglos sein würde, wenn der beamtete Arzt keine Gelegenheit hätte, bei weiteren Erkrankungsfällen Ermittelungen anzustellen oder sich von der Durchführung der angeordneten Maßnahmen zu überzeugen, so müssen auch bei Erkrankungsfällen, die in § 5 der bayer. Verordnung angeführt sind, wiederholte Ermittelungen möglich sein; sie können jedoch nur im Auftrage der Distriktspolizeibehörde erfolgen. Es bleibt der Initiative des beamteten Arztes überlassen, in seinen gutachtlichen Aeußerungen, wie sie der § 5 Abs. 8 der B.V. vorsieht, entsprechende Anträge an das Bezirksamt zu stellen, die dann auf Grund des § 7 Abs. 6 des B.V. Erhebungen an Ort und Stelle anordnen kann.

Die Ermittelungen sind auf Grund der Anweisungen des R.G. (mit Ausnahme der Lepra) unverzüglich, d. h. also unter Abbrechung der gerade vorliegenden Arbeit sofort vorzunehmen. Gemäß der B.V. sind die Ermittelungen alsbald, d. h. als dringenstes Dienstgeschäft innerhalb 24 Stunden nach Eingang der Meldung zu erledigen. Diese Beschleunigung hat natürlich nur Wert, wenn auch seitens der Distriktspolizeibehörde den Vorschriften des § 4 Abs. 5 entsprochen wird und die eingelaufenen Meldungen sofort durch besonderen Boten dem Bezirksarzt übermittelt werden.

Im R.G. sowie in der B.V. ist für die Anstellung der Ermittelungen die Richtung gewiesen. Sie haben sich zu erstrecken auf Art, Stand und Ursache der Krankheit.

Die Art der Erkrankung festzustellen, bedeutet zu ermitteln, ob wirklich die gemeldete Krankheit vorliegt, ob sie leicht oder schwer ist, ob sie im Beginn ist, auf dem Höhepunkt steht, oder im Ablauf begriffen ist. Die notwendigen Untersuchungen, klinische sowohl, wie bakteriologische, müssen vorgenommen bezw. veranlaßt werden, doch ist dabei alles zu vermeiden, was den praktischen Arzt im Ansehen des Publikums schädigen könnte, besonders, wenn es sich um eine falsch gestellte Diagnose handelt. Sehr wünschenswert ist es, wenn bei diesen Ermittelungen der praktische Arzt zugegen ist. Auf die vorgeschriebene vorherige Benachrichtigung des praktischen Arztes von der Ermittelung ist großer Wert zu legen.

Die Ermittelungen nach dem Stande der Erkrankungen bezwecken, festzustellen, ob der Fall ein sporadischer ist, ob mehrere Erkrankungen in der Umgebung des Erkrankten oder in der Ortschaft vorhanden, ob es sich um eine bösartige oder gutartig verlaufende Krankheit handelt, und ob nach der ganzen Sachlage eine Weiterverbreitung wahrscheinlich ist oder nicht.

Drittens sind die Ermittelungen nach der Ursache der Krankheit anzustellen. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die Erreger sämtlicher in Betracht kommender Infektionskrankheiten ihren Vegetationsort im Menschen oder im Tiere haben, daß die Ursache eines Erkrankungsfalles also erst dann aufgedeckt ist, wenn dieser Vegetationsort „die Infektionsquelle“ festgestellt ist. Für einige Erkrankungen, z. B. Milzbrand, die infektiösen Magen-

und Darmkatarrhe, Pocken, ist nicht nur die Aufdeckung der Infektionsquelle für die Bekämpfung von großer Wichtigkeit, sondern auch die des „Infektionsvermittlers“. Z. B. ist es bei einem Milzbrand oder Pockenfall in einer Roßhaar- oder Lumpenfabrik von Wert, festzustellen, welches Material als Infektionsvermittler gedient hat, um die Desinfektion vornehmen zu können. In diesem Falle würde die Ermittelung der „Infektionsquelle“ für die Seuchenbekämpfung völlig belanglos sein, wenn es sich um Waren handelt, die aus Rußland oder China eingeführt worden sind. Anderseits kann eine Ermittelung, die z. B. bei einer Typhusepidemie als Infektionsvermittler die Milch feststellte, noch nicht als abgeschlossen angesehen werden, wenn man die Infektionsquelle, dem infizierten Menschen nicht ermittelt, durch den die Milch zum Infektionsvermittler gemacht wurde.

Zur Ermittelungsanstellung, insbesondere nach der Ursache der Erkrankungen gehören Geduld, Zeit, Menschenkenntnis, Kenntnis der Uebertragungsmöglichkeiten und Kenntnis in der Bakteriologie der betreffenden Erreger.

Durch Fragen muß der beamtete Arzt sich ein Bild machen von dem Verlauf der Erkrankung, von den Lebensgewohnheiten des Erkrankten und seiner Umgebung, von den Beziehungen, die dieser außerhalb des Hauses, in der Ortschaft und außerhalb der Ortschaft gehabt hat. Man richtet die Fragen an Menschen, die nicht gewohnt sind, über ihr Tun schnell Auskunft zu geben, besonders wenn es sich um einen Zeitpunkt handelt, der mehrere Wochen zurückliegt. Die Fragen sind zu kontrollieren, durch Wiederholung derselben Frage, aber auch durch Vornahme von bakteriologischen Untersuchungen. Absichtlich falsch gemachte Angaben hat man zu erwarten, wenn es sich um Ermittelungen in Nahrungsmittelgeschäften, Wirtschaften usw. handelt; hier wird man auf die gesetzliche Verpflichtung zur Auskunfterteilung und auf die Strafe für Zuwiderhandlungen hinweisen. Im allgemeinen soll man bestrebt sein, in Güte mit der Bevölkerung auszukommen. Um die falschen Angaben die bona fide gemacht werden, aufzudecken, wird man außer der häufigen Wiederholung derselben Frage, nachdem man inzwischen nach anderen Dingen gefragt hat, auch noch die Befragung aller Familienmitglieder vornehmen. Sämtlichen Antworten wird man mit Kritik entgegentreten, insbesondere stets, wenn möglich, die bakteriologische Untersuchung heranziehen. Es wird sich dann häufig ereignen, daß die Befragten, nachdem man ihnen das unwahrscheinliche ihrer Angaben vorhält, nachträglich richtige Aussagen machen. Diese Kritik und die Kontrolle durch die bakteriologische Untersuchung ist besonders wichtig, wenn es sich um Feststellung des Erkrankungsdatums handelt. Das genaue Erkrankungsdatum gibt, namentlich bei Erkrankungen längerer Inkubationszeit, z. B. bei Typhus, Anhaltspunkte, wo die Infektionsquelle zu suchen ist, weitere Ermittelungen und bakteriologische Untersuchungen vorzunehmen sind. Falsche Angaben des Erkrankungsdatums, wie sie häufig von praktischen Aerzten gemacht werden, können das epidemiologische Bild einer Epidemie fälschen, wie es z. B. der Fall bei einer von Schumacher und Meinike beschriebenen Typusepidemie war, die anfangs als explosionsartige Epidemie mit gemeinsamer Ursache angesehen wurde, sich später aber, durch genaue Feststellung der Erkrankungsdaten, als eine Kontaktepidemie herausstellte.

Bei den Ermittelungen sind sämtliche Aussagen kurz zu protokollieren, ein genaues Verzeichnis der Insassen der Haushaltungen der Arbeitsgenossen usw. aufzustellen und bei den Akten aufzubewahren. Bei dem Suchen nach der Infektionsquelle wird man sich nicht nur auf die nächste Umgebung des Erkrankten beschränken, sondern auch auf Verwandte und Freunde, Schule etc.; man wird nicht nur in der Ortschaft, sondern auch außerhalb der Ortschaft seine Erkundigungen ausdehnen. Man wird Beziehungen aufzudecken suchen durch Nachfrage, z. B. nach Besuch, Sendungen von Nahrungsmitteln, gebrauchter Wäsche etc. Aber nicht nur auf zurzeit bestehende, sondern auch auf abgelaufene Erkrankungen hat man zu fahnden. Man wird Schullisten, Krankenkassenlisten, Standesamtslisten auf verdächtige Erkrankungen ansehen; man wird Lehrer, Bürgermeister, Pfarrer und besonders Aerzte nach verdächtigen Erkrankungen fragen, man wird bei diesen Ermittelungen nicht nach der Diagnose, z. B. Typhus, sondern nach den Symptomen, z. B. ob leichte Darmerscheinungen bei Typhusverdacht, vorübergehende Halsschmerzen bei Diphtherieverdacht usw. vorgelegen haben, erkundigen, und wird sich von dem Gedanken

leiten lassen, daß bei den meisten Infektionskrankheiten die Zahl der typischen, klinischen Erkrankungen bedeutend geringer ist, als die der leichten, atypisch verlaufenen.

Von der Umgebung des Erkrankten, von sämtlichen, in Betracht kommenden, als infektionsverdächtig erscheinenden Personen wird man, wenn es sich um die infektiösen Magen-Darmerkrankungen, Diphtherie, Pest, Genickstarre etc. handelt, Material zur bakteriologischen Untersuchung entnehmen bezw. die Entnahme durch den behandelnden Arzt oder den Desinfektor oder der Ortspolizeibehörde regeln. Wenn man mit Geduld und in verständlicher Weise dem Publikum den Zweck der Untersuchung klar macht, wird man Verweigerungen des Materials wohl kaum erleben.

Liegt die Infektionsquelle außerhalb der Ortschaft, so sind auch dort Ermittelungen anzustellen. Handelt es sich um den gleichen Bezirk, so wird der betreffende Bezirksarzt sie selbst vornehmen handelt es sich um einen anderen Bezirk, so wird er dem zuständigen Bezirksarzt Mitteilung machen und um Anstellung ersuchen ersuchen. Gänzlich unzweckmäßig ist es, die Nachforschungen schriftlich durch Vermittelung der Bürgermeister zu erledigen. Man kann von vornherein damit rechnen, daß der Bürgermeister das Vorliegen jeglicher Erkrankungen ableugnet.

Wie oben gesagt, ist mit Aufdeckung der Infektionsquelle die Ermittelung in den meisten Fällen abgeschlossen, allerdings soll man auch stets versuchen, die Infektionsquelle für diese Infektion gleichfalls herauszubekommen. Je längere Zeit aber zwischen Ermittelung und Aufnahme des Infektionserregers liegt, umso schwerer ist die Ermittelung der Infektionsquelle; man wird sich daher in der Regel damit begnügen müssen, die Infektionsquelle für den letzten Fall aufgedeckt zu haben.

Die Aufdeckung des Infektionsvermittlers gehört, streng genommen mit zur Ermittelung nach der Ursache der Erkrankung. Abgesehen von Milzbrand, Pocken und eventl. Rotzfällen wird man bei Einzelerkrankungen wohl nie den Infektionsvermittler aufdecken. Dies liegt daran, daß infolge der längeren Inkubationszeit die Krankheitserreger am Infektionsvermittler sich nicht mehr nachweisen lassen und daß bei Einzelfällen, wo bei den manigfachen wechselnden Beziehungen der Menschen untereinander es selbst schwer ist, die Infektionsquelle aufzudecken, der Nachweis des Infektionsvermittlers gänzlich unmöglich wird. Dagegen muß es bei Häufungen von Fällen stets das Bestreben sein, eine etwa vorhandene gemeinsame Ursache festzustellen und insbesondere die Frage, wie von der Infektionsquelle die Verbreitung der Infektionskeime erfolgt ist, zu klären. Es ist in der Regel verhältnismäßig leicht, bei Häufungen von gleichzeitigen Erkrankungen (z. B. bei Typhus, Ruhr, Cholera etc.) die gemeinsame Infektionsquelle und den Vermittler zu finden, allerdings ist davor zu warnen, in jedem Fall bei Häufungen von Erkrankungen kritiklos eine gemeinsame Ursache anzunehmen, es ist der Gedanke stets zu berücksichtigen, daß auch plötzliche Häufungen von Erkrankungen auf Kontaktinfektionen zurückzuführen sind.

Wenn man zielbewußt und mit Kritik an die Ermittelung herangeht und nicht planlos und verzettelt, sondern systematisch und umfangreich bakteriologische Umgebungsuntersuchungen vornimmt, wird man Ermittelungen anstellen, die vielfach zur Aufdeckung der Infektionsquelle und des Infektionsvermittlers führen und deren Ergebnis als Lohn für die gehabte Mühe und Arbeit vollste Befriedigung gewährt.

(Lebhafter Beifall.)

An der Diskussion beteiligten sich: Schön-Ingolstadt, Brinsteiner-Landsberg, Marzell-München.

IV. Neuwahl eines Stellvertreters des Kreisvorsitzenden. Als Stellvertreter des Kreisvorsitzenden wurde Bezirksarzt a. D. Dr. Gaill-München durch Zuruf gewählt, so daß die Leitung des Kreisverbandes zurzeit besteht aus den Herren:

Kreisvorsitzenden Bez.-Arzt Dr. Marzell-München,
Stellvertreter: Bez.-Arzt a. D. Dr. Gaill-München,
Schriftführer: Polizeiarzt Dr. Pallikan-München.

V. Verschiedenes.

Dem Antrage der Vorstandschaft, die Nachträge zum Gebhardtschen Handbuche aus Vereinsmitteln den einzelnen Mitgliedern zur Verfügung zu stellen, wurde zugestimmt.

Als Termin für die diesjährige Landesversammlung wurde der 21. und 22. Juni vorgeschlagen, im übrigen dem vorliegenden Programme zugestimmt.

Ein Antrag Dollmann-München: „Die Oberbayerische Kreisversammlung stellt an die Landesversammlung den Antrag, darauf hinzuwirken, daß die für das Versicherungsamt abzugebenden amtsärztlichen Zeugnisse und Gutachten liquidiert und honoriert werden", wurde angenommen.

Dr. Marzell-München.

Bericht über die ausserordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins am 26. April 1913 zu Güstrow.

Die Versammlung fand nachmittags 4 Uhr in der Großen Audienz des Rathauses statt. Anwesend waren Kreisärzte: Unruh-Wismar, Wilhelmi-Schwerin, Stephan-Güstrow, Buschmann-Gnoien, Mulert-Waren, Dannien-Malchin, Viereck-Ludwigslust, Günther-Hagenow, Elfeldt-Gadebusch, Dugge-Rostock und Geh. Med.-Rat Dr. Roggenbau-Neustrelitz.

I. Gründung von Hebammenvereinen in Mecklenburg. Der Berichterstatter, San.-Rat Dr. Dugge, Kreisarzt in Rostock, ist mit den beiden übrigen Vorstandsmitgliedern bemüht gewesen, im Sinne der in der Herbstversammlung gegebenen Anregungen (s. Vereinsbeilage zu dieser Zeitschrift zu Nr. 2; 1913, S. 50), die größeren Hebammenvereine für den Zusammenschluß zu einem Landesverband zu interessieren. Die Kreisärzte werden in ihren Bezirken in demselben Sinne wirken und werden auch versuchen, die Hebammenaufsichtsärzte für den Zusammenschluß zu gewinnen.

II. Säuglingspflege und Kostkinderheime. Berichterstatter Med.-Rat Dr. Stephan, Kreisarzt in Güstrow: Der Geburtenüberschuß in Deutschland beginnt sich in absteigender Linie zu bewegen, eine Erscheinung, die bereits ernste Sorge für die Zukunft unserer Nation erweckt und nach Mitteln Umschau halten läßt, geeignete Abhülfe zu schaffen. Die soziale und hier auch nationale Fürsorge gehört mit zu den Aufgaben der Medizinalbeamten und verlangt ihr Interesse; sie haben die Pflicht, nach ihren Kräften an der Schaffung besserer Verhältnisse mitzuarbeiten. Die Pflege der Säuglinge steht in erster Linie. Der Kreisarzt soll jüngere Personen weiblichen Geschlechts, auch besserer Stände, für den Beruf der Babypflegerin zu gewinnen suchen, die an Stelle älterer Frauen als Pflegerin mehr und mehr in Aufnahme kommen und meistens, gut ausgebildet, bessere Dienste zu leisten vermögen, als alte, meist abgängige, schwerfällige Frauen, besonders in besseren, gebildeten Kreisen. Die Ausbildung solcher Damen findet an Kliniken und Akademien statt.

Die unehelichen Kinder werden meistens bei einfachen Familien gegen Bezahlung untergebracht; häufig fehlt hier die gehörige Aufsicht, die Kindersterblichkeit in diesen Klassen ist daher keine geringe. Hier haben, am besten unter Kontrolle der staatlichen Aerzte, Fürsorge- oder Gemeindeschwestern einzutreten.

Es kann die Möglichkeit eintreten, daß trotz größter Mühewaltung der betreffenden Organe, eine passende Koststelle für den Augenblick nicht gefunden werden kann, wenn man nicht Gefahr laufen will, die Kinder etwa in schlechten Wohnungen unterzubringen, eine Gefahr, die nicht nur für große, sondern auch für mittlere Städte bei den zunehmenden Mietspreisen besteht und Familien, die sonst geeignet zur Kostkinderpflege erscheinen, zwingt, nicht ganz einwandfreie Wohnungen zu beziehen. Hier haben die Kostkinderheime ihre Berechtigung. Es sollen wieder besondere von Schwestern oder entsprechend ausgebildeten Personen geleitete Anstalten zur Aufnahme von

Säuglingen geschaffen werden, bis sich zweckentsprechendere Unterkunft hat finden lassen; zugleich aber sollen diese Kostkinderheime dazu dienen, auch älteren Kindern, die der allgemeinen Fürsorge erziehlich unterstehen, Schutz und Obdach zu gewähren, um sie nach Kräften vor sittlicher Gefährdung zu behüten. Absolute Sicherheit bieten diese Heime gewiß nicht, immerhin sind sie für manche Kinder der Familienpflege vorzuziehen; geeignete Ueberwachung kann manche sittliche Schäden hintanhalten, die in einzelnen Familien nicht beachtet werden.

Vortragender schildert sodann die an seinem Wohnort geschaffenen Einrichtungen bezüglich der Säuglingspflege und eines Kostkinderheims, das aus freiwilligen Beiträgen größtenteils geschaften ist und teilweise auch erhalten wird; den Rest liefern die Kostgelderbeiträge, die von den Verpflichteten bezahlt werden.

Zum Schluß wird den Versammelten die Prüfung der gegebenen Anregungen empfohlen und ihnen ans Herz gelegt, in geeigneten Fällen ähnliche Fürsorgemaßregeln zum Säuglingsschutz und zur Pflege heranwachsender Kinder, denen das Elternhaus fehlt, zu schaffen.

III. Begutachtung der Rentenbewerber und Rentenempfänger durch die Kreisärzte. Berichterstatter Med.-Rat Dr. Unruh, Kreisarzt in Wismar: Vertrauliche Besprechung der Sachlage insbesondere im Hinblick auf die immer schärfer werdende Polemik seitens der ärztlichen Standespresse.

Herr Wilhelmi wird ersucht, auf dem um Pfingsten in Ludwigslust tagenden mecklenburgischen Aerztetage den Standpunkt der Medizinalbeamten zu vertreten, die Vorwürfe auf das richtige Maß zu reduzieren und zur Klärung der Sachlage beizutragen.

IV. Kreisarzt und Kraftwagen. Der Berichterstatter, Med.-Rat Dr. Elfeld, Kreisarzt in Gadebusch, besprach die Frage, ob sich für den Kreisarzt das Halten eines eigenen Kraftwagens lohne. Die Erledigung der notwendigen Dienstreisen mit möglichst geringem Zeitverluste sei für alle mecklenburgischen Kreisärzte notwendig, da die kreisärztliche Tätigkeit allein ihnen nicht den nötigen Lebensunterhalt zu gewähren vermöge, sie vielmehr alle nebenher auf gutachtliche Tätigkeit und Ausübung ärztlicher Praxis angewiesen seien. Er habe sich deshalb vor $2^1/_2$ Jahren einen 7 P. S. Kraftwagen angeschafft und bereue dies nicht, wenngleich die Kosten gegen seine frühere Beförderung mit eigenem Gespann, Lohnfuhrwerk, Rad und Eisenbahn, die er aber nur in Ausnahmefällen habe benutzen können, nicht unwesentlich gestiegen seien. Er habe mit seinem Kraftwagen jetzt 33000 Kilometer zurückgelegt und 36,6 Pfg. Kosten für das Kilometer gehabt. Da den Medizinalbeamten ebenso wie den Aerzten 45 Pfg. für das gefahrene Kilometer Landweg vergütet würden, hätte er eigentlich 8,4 Pfg. bei jedem Kilometer über haben müssen; dies sei aber nicht der Fall, weil nur der kürzeste Weg bezahlt werde, mit dem Kraftwagen aber oft der besseren Straßen wegen Umwege gemacht werden müßten, die auf 15% der gefahrenen Wege zu schätzen seien. Die Frage, „wann lohnt sich für den Kreisarzt die Anschaffung eines Kraftwagens?“ sei dahin zu beantworten, „wenn er in Ausübung kreisärztlicher Tätigkeit und ärztlicher Praxis so viele Kilometer zu fahren hat, daß ihm das Kilometer nicht mehr als 45 Pfg. kostet.“ Dies lasse sich auf folgende Weise ausrechnen:

Die Kosten des Kraftwagenbetriebes setzen sich aus 2 Arten von Kosten zusammen:

1. aus solchen, welche der Wagen nur verursache, wenn er in Bewegung sei, und
2. aus solchen, welche er auch verursache, wenn er nicht benutzt würde.

Zu 1 seien die Ausgaben für Benzin, Oel, Gummi, Beleuchtung, Reparaturen, Putzmittel und die Wertverminderung durch den Aufgebrauch zu rechnen, zu 2 die Kosten des Führers (Chauffeurs), den Zinsverlust für das angelegte Betriebskapital, die Kosten der Wagenunterbringung, die Steuer, die Versicherungen für Haftpflicht, Unfall und Wagenbeschädigung. Es müßten daher

soviel bezahlte Kilometer gefahren werden, als die Kosten zu 2 für den Kilometer nicht 45 Pf. weniger den nach 1 für 1 Kilometer entstehenden Kosten überschritten. Bei seinem Wagen hätten die Kosten zu 1 für den Kilometer 22,4 Pf. betragen. Da wir aber nur die nächsten Wege bezahlt erhalten und nicht die Umwege, von den ja auch noch jeder Kilometer 15 % Betriebsunkosten macht, so durften die Kosten zu 2 45 Pf. — (22,4 Pf. + 15 % von 22,4 Pf. = 3,36 Pf., also zusammen 25,76 Pf.) = 19,24 Pf. nicht überschreiten. Seine Unkosten zu 2 hätten im Jahresdurchschnitt 1905 M. betragen, deshalb mußten mit seinem Wagen 9950 Kilometer gefahren werden, wenn der Kilometer nicht mehr als 45 Pf. kosten solle. Ein kleiner Kraftwagen verursache natürlich etwas geringere Kosten, bei schlechten Wegeverhältnissen müsse man aber schon mindestens einen 7 PS starken Wagen haben, wenn man jederzeit mit ihm durchkommen wolle. Einen Kraftwagenführer musse man sich auch halten, weil sonst der Zeitgewinn durch Arbeit am Wagen wieder aufgehoben würde. Durch den Zeitgewinn werde es aber möglich, die Praxis besser und die sich immer mehrenden Schreibtischarbeiten in Ruhe zu besorgen; man habe auch mehr Zeit für seine Familie. Wenn der Autobetrieb auch tatsächlich teurer werde als Pferde, so könne Referent doch jedem, der mindestens 10000 Kilometer im Jahre auf den Wagen zu sitzen hätte, dazu raten; die Mehrkosten würden zum größten Teile auch durch Mehreinnahmen in der Praxis wieder ausgeglichen.

In der Besprechung wurde im Wesentlichen die Frage erörtert, ob man die mit dem Auto tatsächlich gefahrenen Kilometer bei Dienstreisen berechnen dürfe. Man war sich darin einig, daß man dann dazu berechtigt sei, wenn durch die Kraftwagenbenutzung Tagegelder erspart würden, die bei Bahn- oder Pferdefuhrwerksbenutzung hätten berechnet werden können.

V. § 300 Str.-G.-B. und Caput III § 4 der Medizinalordnung. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Mulert, Kreisarzt in Waren: Der angezogene Paragraph der Medizinalordnung lautet: „Etwaige, zu seiner Kenntnis gelangte, strafbare Handlungen oder Uebertretungen der Medizinalordnung hat der Arzt den kompetenten Behörden anzuzeigen . . . .“ M. erblickt hierin einen Gegensatz zum § 300 des Str.-G.-B.

In der Debatte wird die Meinung laut, daß eben durch diese Bestimmung die Offenbarung eine „befugte“ werde. Vortragender wird ersucht, das Ministerium um Erläuterungen zu diesen erscheinenden Zwiespalt zu bitten.

VI. Kostenfreiheit der zur Seuchenbekämpfung notwendigen bakteriologischen Untersuchungen. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Dannien, Kreisarzt in Malchin: Bei Besprechung der Frage herrschte Einigkeit dahin, daß die Untersuchungen vom Landesgesundheitsamt kostenfrei sein müßten; wenn vom Arzt oder Kreisarzt die Proben eingesandt werden; daß die Ortsobrigkeiten aber die Kosten zu tragen haben, wenn sie ihrerseits den Antrag stellen.

Dr. Dugge-Rostock.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. VIII.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Cassel im Sitzungssaal der Königlichen Regierung zu Cassel am 19. Oktober 1912.

Anwesend waren: die Herren Reg.-Präsident Graf v. Bernstorff, Ob.-Reg.-Räten v. Wussow, Dr. Blankenhorn und v. Lentze, Oberpräsidialrat Dyes und Reg.-Rat Krause als Vertreter des Herrn Oberpräsidenten, Geh. Med.-Rat Dr. Schotten als Vertreter des Medizinalkollegiums, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.-Rat Frhr. v. Tettau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek, Direktor der Landesheilanstalt Cappel, Prof. Dr. Rosenblath, Direktor des Landkrankenhauses, Dr. Meder, Vorsteher der Impfanstalt, sämtliche Kreisärzte, die beiden Kreisassistenzärzte des Bezirks und der kreisärztlich geprüfte Arzt Dr. Reinhardt.

Der Herr Reg.-Präsident eröffnete die Sitzung, begrüßte die Gäste und teilte die seit der letzten Sitzung eingetretenen Veränderungen mit. Dann wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. Die diagnostischen Aufgaben des beamteten Arztes bei geistig abnormen Jugendlichen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczeck-Marburg. Der Vortrag ist als Originalarbeit in der Zeitschrift erschienen (Siehe Nr. 1; 1913).

Diskussion:

Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Cassel weist darauf hin, daß die Kreisärzte in den Städten es bedeutend besser in der Beziehung hätten als diejenigen auf dem Lande, da hier die Lehrer der Angelegenheit mehr Interesse entgegenbringen. Um hierbei mit Erfolg mitwirken zu können, müsse den Lehrern eine entsprechende Belehrung zuteil werden. Er habe hier in Cassel Vorträge gehalten und damit sehr gute Erfolge erzielt. Auch mit dem Gericht, speziell dem Vormundschaftsgericht, müsse der Kreisarzt in diesen Fragen mehr in Fühlung treten.

Med.-Rat Dr. Matzdorff-Schmalkalden klagt, daß man auf dem Lande sehr große Schwierigkeiten habe, die geistig Zurückgebliebenen herauszufinden. Die Leute betrachteten nur die Gemeingefährlichen als Kranke; selbst die Lehrer zeigten kein Verständnis und bestraften Schwachsinnige. Zur Feststellung des jugendlichen Schwachsinns empfiehlt er die Zeit des Konfirmandenunterrichtes.

Kreisassistenzarzt Dr. Rapmund-Marburg weist auf die Gefahren hin, die ausgearbeitete Schemata zur Prüfung der Intelligenz, wie sie der Vortragende herumgegeben hat, mit sich brächten. Man müsse die Fragen ständig wechseln, sonst merkten sich die Kinder diese. In Göttingen hätten sie die Erfahrung gemacht, daß die Lehrer der Hilfsschule ohne Verständnis für den Zweck der Nachprüfung von den Kindern die an sie gerichteten Fragen erforscht und sie dann mit ihnen durchgepaukt hätten, um so mit einem glänzenden Erfolg ihres Unterrichts paradieren zu können. Bei der nächsten Nachprüfung seien dann die Fragen wie aus der Pistole geschossen beantwortet worden.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz wünscht auch, daß die Lehrer mehr für die Frage interessiert werden. Wenn sie aber richtig wirken sollten, müßten sie regelmäßige Kurse nehmen; das sei aber unmöglich.

Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Cassel widerspricht diesem. Der Lehrer brauche nur einige Hinweise, eine eingehende Belehrung sei unnötig. Da er die Kinder am besten kenne und beobachte, würden ihm die geistig Abnormen auch ohne weitergehende spezielle Kenntnis schon auffallen. Er solle die Kinder dem Kreisarzt auch nur bezeichnen; dieser treffe dann die Auswahl.

Med.-Rat Dr. Matzdorff-Schmalkalden empfiehlt verschiedene Gelegenheiten, bei denen solche Vorträge gehalten werden können.

Der Herr Regierungspräsident ist gleichfalls der Ansicht, daß die Kreisärzte die Lehrer nur anregen, aber keinen systematischen Unterricht in der Psychiatrie erteilen sollen.

Reg. u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz glaubt, daß man ihn falsch verstanden habe; von einer richtigen Ausbildung in der Psychiatrie könne

natürlich keine Rede sein. Er meine auch nur eine gelegentliche Belehrung, die aber vielleicht etwas eingehender sein müsse, um zum Ziel zu kommen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tuczek-Marburg schlägt Belehrung der Lehrer, die diese selbst sehr wünschten, im einzelnen Fall vor. Die Belehrung solle nur bis zu dem Punkt reichen, wo der Kreisarzt eingreife; darüber hinaus sei vom Uebel.

II. Kreisarzt und Jugendpflege. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Matzdorff-Schmalkalden.

Die hohe Bedeutung der Jugendpflege für die Zukunft des Staates erfordert volle Beachtung von seiten der Aerzte, die an erster Stelle zur Mitwirkung nicht nur auf dem besonderem Gebiet der Leibesübungen, sondern auch in den Zweigen der Jugendpflege, die der sittlichen und geistigen Fortbildung dienen, berufen sind; ihre Mitwirkung auf dem letzten Gebiete ist darin begründet, daß das geistige und sittliche Verhalten der Jugendlichen zu ihrer körperlichen Entwicklung, insbesondere zur Geschlechtsreife, in Beziehung steht.

Die praktischen Aerzte werden allein schon durch den Mangel an Zeit, durch Unabkömmlichkeit, durch räumliche Entfernung an einer tätigen Mitwirkung gehindert sein; zu einer solchen gehört ferner ein Spezialstudium, das bisher wenigstens fast allen Aerzten abgeht. Der Schularzt freilich hat die Jugend bis zur Entlassung unter Augen; aber die Jugendlichen sind nach der Schulentlassung vom 14. Jahre an besonderen, in der Entwicklung liegenden Einflüssen und Gefahren ausgesetzt, die doch auch besondere Erfahrung voraussetzen.

Eine ganze Reihe von Faktoren spricht für die Mitwirkung des Kreisarztes in der Jugendpflege. Diese ist, wenn auch keine staatliche, so doch eine vom Staate unterstützte und begünstigte Einrichtung, die kaum noch einen privaten Charakter trägt; der staatliche Gesundheitsbeamte ist aus diesem Grunde zur Mitwirkung gleichsam verpflichtet.

Diese Pflicht erwächst ihm auch, da es sich um eine gemeinnützige, weiten Kreisen dienende Wohlfahrtseinrichtung handelt. Die Hauptziele der Jugendpflege: Ertüchtigung der Jugend angesichts der stetig zurückgehenden Tauglichkeitsziffer der Gestellungspflichtigen und Erziehung der Jugend zu nationaler Anschauung, berühren die Aufgaben des Kreisarztes als des Gesundheitspflegers einerseits und des Beamten anderseits. Ferner sind von Wert: seine Fühlung mit dem Landrat wie mit den Behörden überhaupt, seine Betätigung bei den sonstigen Wohlfahrtseinrichtungen des Kreises, seine Kenntnis von den gesundheitlichen Verhältnissen des Kreises, sein Einblick in die Zustände der Schulen, der Ortschaften, der gewerblichen Anlagen, die vertrauensärztliche Tätigkeit für Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften, seine Mitwirkung bei der Anlage von Schulen, Turn-, Spiel- und Sportplätzen, sein Einfluß auf die Betriebsunternehmer behufs Anlage von Spielplätzen für die jugendlichen Arbeiter gelegentlich der Genehmigung gewerblicher Betriebe. Nicht zu vergessen ist, daß der Kreisarzt als Gesundheitsbeamter vor allen anderen in der Lage ist, sich Kenntnis von Uebertreibungen, Schädigungen usw. zu verschaffen, und die Pflicht hat, einzugreifen, wie das bei dem Uebereifer so mancher Laien außerordentlich not tut. Es ist aber auch zu fordern, daß der Kreisarzt sich mit dem auch ihm unbekannten, wissenschaftlich so gut wie nicht erforschten Gebiete des Sportes und der Leibesübungen bekannt macht, wozu der neuerdings begründete „Verein zur wissenschaftlichen Erforschung des Sportes und der Leibesübungen“ die Mittel an die Hand gibt. Eigenbericht.

III. Krankenpflege- und Rettungswesen auf dem Lande. Kreisarzt Dr. Kahl-Melsungen.

Die wichtigste Forderung einer geregelten **Krankenpflege** ist die Fürsorge für hinreichende ärztliche Hülfe. Der in dieser Beziehung günstige Einfluß der sozialen Gesetzgebung wird sich hoffentlich in Zukunft noch mehr geltend machen. Sehr wünschenswert wäre die Einführung einer Familienkrankenversicherung, so daß auch für die Säuglinge und alten Leute, die es in der Beziehung heute noch am schlechtesten hätten, ärztliche Hülfe sichergestellt wäre. Hand in Hand damit gehe die Förderung der Bestrebungen der Säuglings- und Jugendfürsorge sowie die Anstellung von Schulärzten und Schulzahnärzten auf dem Lande. Die

Schulbesichtigungen der Kreisärzte müßten alljährlich stattfinden, wobei speziell auf die frühzeitige Feststellung von Krankheiten Wert gelegt werden müsse.

Weiter sei die Errichtung von Bezirkskrankenhäusern dem Bedürfnis entsprechend zu erstreben, die besonders für die Seuchenbekämpfung unerläßlich seien. Mit ihnen können auch Volksbäder verbunden werden.

Dann müßten vor allem Krankenpflegestationen, am zweckmäßigsten von mehreren Gemeinden gemeinsam, eingerichtet werden. Hierzu seien die Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen um Unterstützung anzugehen. Neben der eigentlichen Krankenpflege hätten die Pflegerinnen erste Hilfe bei Unglücksfällen zu leisten, die Ausführung der ärztlichen Maßregeln bei übertragbaren Krankheiten zu beaufsichtigen, alle Fürsorgebestrebungen zu unterstützen und die Bevölkerung über den Segen der Hygiene aufzuklären. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, müßten sie einerseits entsprechend ausgebildet und, anderseits auch durch Gehalt und Versicherung gegen Alter, Krankheit und Invalidität materiell sichergestellt sein. Ihrer Neigung zur Kurpfuscherei sei durch Kontrolle seitens des Kreisarztes entgegenzutreten.

Auch für das **Rettungswesen** sind Krankenpflegestationen und Bezirkskrankenhäuser von großer Bedeutung, noch mehr aber schnelle ärztliche Hilfe; um diese zu bekommen, müßten alle Ortschaften Fernsprecher haben.

Nebenher sei zur ersten Hilfeleistung und besonders zur Uebernahme der Transporte die Einrichtung von Sanitätskolonnen dringend erforderlich, und zwar am besten in zentral gelegenen Orten. Ihre Mitglieder könnten sich jedoch auch aus den umliegenden Ortschaften rekrutieren; für entfernt gelegene Orte müßten Nothelfer ausgebildet werden. Für ihre Zwecke seien in jeder Gemeinde eine Anzahl steriler Verbandpäckchen, z. B. von Raifeisenvereinen, vorrätig zu halten. Selbstverständlich hätten sich die Kolonnen und Nothelfer lediglich auf Nothilfe und Transport zu beschränken.

Diskussion:

Med.-Rat Dr. Matzdorff-Schmalkalden bittet um Auskunft, wie der Transport Infektionskranker zu regeln sei; die Sanitätskolonnen in seinem Bezirk weigerten sich, diese Transporte auszuführen.

Prof. Dr. Hildebrand-Marburg hält die Errichtung kleiner Krankenhäuser für unzweckmäßig; für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten kämen sie wenig in Betracht. Das Wichtigste sei die Regelung der Wohnungsfrage. Die Schwesternstationen müßten weiter ausgebaut und besondere Tuberkuloseschwestern angestellt werden. Vor allen Dingen sei es da erforderlich, Geld zu beschaffen; ohne dieses sei nichts zu machen. Das sehe er in seinem Bezirk, wo es überall am nötigen Gelde mangele; darunter leide auch die Sanitätskolonne, die in Marburg sehr großen Nutzen gestiftet hätte; gegen früher seien es geradezu ideale Zustände. Es könne aber noch viel mehr geleistet werden, wenn Geld da wäre.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz spricht gleichfalls für weitere Errichtung von Krankenpflegestationen. Es seien bis jetzt nur verschwindend wenig vorhanden. Durch eine Umfrage habe er festgestellt, daß im Bezirk bei rund 1400 Gemeinden nur 138 Krankenpflegestationen mit 157 Pflegerinnen vorhanden seien. Die Landräte hätten angegeben, daß sie noch 250 Schwestern brauchten. Es sei nun die Frage, wie diesem Mangel am besten abzuhelfen sei; die Schwesternvereine hätten zu wenig Kräfte. Er empfehle, ähnlich wie es bei den Hebammen gehandhabt würde, so auch Pflegerinnen vom Lande selbst ausbilden zu lassen. Das Geld dafür ließe sich schon beschaffen, zumal die Ausbildungskosten nur gering seien. In der Krankenpflegeschule in Hersfeld brauche für ein ganzes Jahr nur 100 M. gezahlt werden; das könnten auch ärmere Gemeinden erschwingen.

Kreisarzt Dr. Kahl-Melsungen verteidigt die kleinen Krankenhäuser; bei der Tuberkulosebekämpfung leisteten sie doch viel Gutes. Den der Transport Infektionskranker besorge in seinem Bezirk die Sanitätskolonne; der Krankenwagen würde nachher desinfiziert.

Kreisarzt Dr. Roselieb-Wolfhagen ist auch der Ansicht, daß die ganze Tuberkulosebekämpfung lediglich eine Geldfrage sei. Er setzt seine Hoffnung auf die neue Reichsversicherungsordnung. Mit Hilfe der neu einzurichtenden Landkrankenkassen ließe sich viel machen; ihnen gehörten ja

98 % der Bevölkerung an. Er empfiehlt ferner die Einrichtung von Kochschulen.

Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Cassel bezweifelt stark, daß die hohen Erwartungen, die der Vorredner in die neue Reichsversicherungsordnung setzt, erfüllt werden. Es müßten bedeutend mehr Schwestern vorhanden sein; als einstweiligen Ersatz schlägt er Helferinnen vor. Was die Tuberkulosebekämpfung anlange, so hätte man schon viel bessere Erfolge erzielen können wenn das für Heilstätten ausgegebene Geld zum Teil der Wohnungsfürsorge zu gute gekommen wäre.

Prof. Dr. Hildebrand-Marburg empfiehlt gleichfalls Helferinnen, die Schwesternausbildung dauere zu lange und sei auch zu teuer.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz äußert Bedenken, weil man dann zwei Sorten von Pflegerinnen habe.

Kreisarzt Dr. Kranepuhl-Rinteln warnt davor, bei der Tuberkulosebekämpfung übertriebene Hoffnungen auf das kleine Krankenhaus zu setzen. Wenn er in seinem Krankenhause überhaupt Tuberkulöse zu verpflegen habe, so seien es Schwerkranke oder Handwerksburschen. Die Landkrankenkassen könnten bei der Tuberkulosebekämpfung auch nicht viel nützen, da ihre Verpflichtung ja nur 26 Wochen dauere.

Prof. Dr. Hildebrand-Marburg erläutert seine früheren Ausführungen näher. Es sollten Krankenpflegestationen mit Schwestern als Leiterinnen an der Spitze eingerichtet werden; diesen würden dann Helferinnen zugeteilt und unterstellt.

Geh. Med.-Rat Dr. Marx-Fulda geht auf die finanzielle Seite des vom Geh. Med.-Rat Rockwitz gebrachten Vorschlages ein. Die Kosten für die Ausbildung seien ja zu beschaffen, wer solle aber das Geld für die Unterhaltung hergeben? Für derartige Sachen müßten die Kreise Fonds haben, aus denen der Kreisarzt Geld nehmen könne. Er fürchtet jedoch, daß die Pflegerinnen nicht genug zu tun hätten und deshalb Kurpfuscherei treiben würden.

Kreisarzt Dr. Sauberzweig-Hanau spricht über die einschlägigen Verhältnisse in Westpreußen. Dort wären die Krankenpflegestationen mit Helferinnen ausgestattet in der Weise, wie es Prof. Dr. Hildebrand anrege; die Erfahrungen damit seien sehr gut.

Kreisarzt Dr. Kranepuhl-Rinteln erklärt sich auf Grund seiner Erfahrungen gegen die Helferinnen. Die Krankenpflegerinnen müßten eine sehr sorgfältige Ausbildung haben.

Med.-Rat Dr. Dreising-Cassel weist noch auf eine weitere Sorte von Pflegerinnen hin, die Säuglingsschwester, die auch schon gefordert würde; er warnt vor Zersplitterung.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz meint, daß die Besoldungsfrage schon zu regeln sei. Die Hebammen kämen auch mit wenig aus, und die Pflegerinnen sollten ihren Beruf ja auch nur nebenher ausüben.

Kreisarzt Dr. Nolte-Fritzlar hält die jetzige Gemeindekrankenpflegerin für einen Fehler; die Pflegerinnen müßten vom Kreis angestellt werden, dann bekämen sie auch mehr zu tun.

Kreisarzt Dr. Börner-Eschwege glaubt nicht, daß die Kreise für die Frage noch mehr Geld aufwenden würden; dies habe er gesehen, als er eine Umfrage über die Verhältnisse der Hebammen veranstaltete. Um besonders bei der Tuberkulosebekämpfung etwas zu erreichen, müßten die Schwestern mehr Autorität haben; in größeren Städten würden mit Erfolg Damen verwendet.

Herr Reg.-Präsident schloß dann die sehr lebhafte Diskussion und die ganze Sitzung, an die sich noch ein gemeinschaftliches Essen und gemütliches Beisammensein im Ratskeller anschloß. Rpd. jun.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Merseburg im Hotel „Stadt Hamburg" in Halle a. S. am 18. Dezember 1912.

Anwesend waren: Die Herren Reg.-Präsident v. Gersdorff, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen, Geh. Med.-Rat Dr. Risel, Vorsteher der Kgl. Impfanstalt, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidt, Direktor der medizinischen Klinik, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken, Direktor des hygienischen Instituts, Stabsarzt Dr. Bierast, Dr. v. Hösslin, Oberarzt der medizinischen Klinik,

die Stadtärzte Prof. Dr. v. Drigalski und Dr. Peters sowie Gerichtsarzt Prof. Dr. Schulz-Halle, sämtliche Kreisärzte des Bezirks und die kreisärztlich geprüften Aerzte Dr. Penkert, Dr. Kelle und Dr. Weber-Halle, Dr. Sage-Altscherbitz und Dr. Möbius-Wittenberg.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen eröffnete die Versammlung, begrüßte die Anwesenden und insbesondere den Herrn Regierungspräsidenten, dem er für sein reges Interesse, das er den Medizinalbeamten gegenüber zeige, dankte.

Reg.-Präs. v. Gersdorff dankte. Er habe von jeher den Medizinalbeamten ein großes Interesse entgegengebracht, er werde es auch weiterhin tun. In schwierigen Lagen würden sie bei ihm immer Unterstützung finden. Er begrüßt weiter die Neuanwesenden und dankt besonders Geh. Med.-Rat Dr. Risel für sein Erscheinen, das beweise, daß er trotz seines Ausscheidens als Kreisarzt doch noch das alte rege Interesse bewahre. Er hoffe ihn hier noch recht oft begrüßen zu können.

Es wird dann in die Verhandlung eingetreten.

I. Zur Bakteriologie und Epidemiologie der Diphtherie. Prof. Dr. v. Drigalski, Stadtarzt in Halle.

Nach der Entdeckung des Diphtherie-Heilmittels von v. Behring und Wernicke könnte es zweifelhaft erscheinen, ob ein mit größeren Mitteln geführter Kampf gegen die Diphtherie nötig ist, wie wir ihn der Cholera, dem Typhus usw. gegenüber für selbstverständlich halten. In der breiten Bevölkerung findet man jedenfalls bezüglich des Ernstes der Seuche oft eine leichte Auffassung, die vor weniger als 20 Jahren noch ganz unerhört gewesen wäre. Aber schon Rubner und mehrere innere Kliniker machen seit Jahren darauf aufmerksam, daß augenscheinlich mit einem bösartigeren Charakter der Krankheit in den letzten 5—8 Jahren zu rechnen sei; auch unsere Kliniker in Halle weisen auf die zunehmende Bösartigkeit hin. Die Häufigkeit des Leidens (die Morbidität) ist ebenfalls im Zunehmen begriffen, wie eine Umfrage des Referenten bei allen beamteten Aerzten dargetan hat. — Die Mortalität stellt sich nach seinen Ermittelungen in Halle noch immer auf ca. 9—10%, nähert sich also der des Typhus an; unter solchen Umständen muß man entschieden ein systematisches Vorgehen gegen die Diphtherie für notwendig erklären.

Die den beamteten Arzt durch Gesetz in die Hand gegebenen Befugnisse sind zunächst sehr gering; denn das Gesetz von 1905 setzt nur die Meldepflicht der Diphtherie fest. Zu ermitteln sind aber nur die ersten Fälle in Ortschaften, diese auch dann nicht, wenn die Meldung von einem Arzt nicht erstattet wurde. Zutritt zum Kranken wie Entnahme von Untersuchungsmaterial können nicht erzwungen werden — bleibt also nur die ärztliche Meldepflicht sowie die Desinfektionspflicht. Ermittelungs- und bekämpfungspflichtig ist die Krankheit dagegen nicht.

Nur für einen allerdings sehr wichtigen Kreis der Bevölkerung sind so scharfe Bestimmungen erlassen worden, daß auch der eifrigste Epidemiologe zufrieden sein kann: nämlich für den Bereich der Schule. 1906/08 waren nicht weniger als fast 8% unserer Schüler an Diphtherie erkrankt; an der Morbidität beteiligt sich das schulpflichtige Alter durchschnittlich mit fast 50%. Kommt aber bei Personen der Schulgemeinschaft Diphtherie vor, so können wir auf Grund der Ministerialanweisungvom 9. Juli 1907 Dauerausscheider wie Bazillenträger aussperren. Für die Schule ist das Leiden also in weitem Umfange bekämpfungspflichtig.

Geht man der Bakteriologie der Diphtherie nach, so findet man die eigentümliche Erscheinung der gesunden Infizierten (Bazillenträger) und der Dauerausscheider sehr verbreitet; in welchem Umfange, wurde erst durch 5jährige genaue Feststellungen in Halle ermittelt. Von einer Ubiquität der Löfflerschen Bazillen kann keine Rede sein; bei gegen 100 verdächtigen, d. h. mit Anginen Behafteten, fanden wir in 17% Bazillen. Von ca. 100 Gesunden aus der Umgebung Kranker wiesen etwa 25% die Keime auf und ca. 17% von rund 3000 Genesenen behielten die Bazillen noch über die Genesung hinaus. Für die Gefahr, die theoretisch von diesen Infizierten zu erwarten ist, erscheint die Tatsache von Bedeutung, daß bei Kindern nur ausnahmsweise die Keime lange haften. Das Gros der Dauerausscheider hat schon nach einer Woche, 94% der Bazillenträger haben nach 2½ Wochen die Keime verloren. Als beachtliche Neuheit ist zu unseren bakteriologischen Erkenntnissen die durch Petruschky festgestellte, durch Ad. Schmidt bestätigte Tatsache

hinzugekommen, daß chronische Katarrhe der tieferen Luftwege durch Löfflersche Bazillen bedingt sein können; neu auch der durch Conradi und Bierast geführte, von dem Frankfurter hygienischen Institut bestätigte Nachweis, daß der Harn zuweilen Diphtheriebazillen enthält (wohl vorwiegend in prognostisch ungünstigen Fällen).

Wir wissen also, wo und vor allem wie lange wir die Erreger zu erwarten haben. Wir haben auch die Tatsache festgestellt, daß hartnäckige Bazillenträger (Dauerausscheider) zwar sehr bedenklich sein können, aber in den meisten Fällen keine unsere Bemühungen etwa vereitelnde Gefahr bedingen (ähnlich wie bei Typhus). Wohl sehen wir von ihnen bedingte Kontaktgruppen, aber längst nicht soviel, wie wir ihrer Zahl nach erwarten könnten. Man muß sich also hinsichtlich der Bakterienträger nach beiden Seiten hin vor Uebertreibung hüten.

Unsere Bekämpfungsmaßnahmen, durch einen genauen schulärztlichen Ueberwachungsdienst und ein gut ausgebildetes Desinfektionswesen unterstützt, scheinen trotz der gegebenen Lücken nicht ohne Erfolg geblieben zu sein. Trotz zahlreicher, an sich das Ergebnis zahlenmäßig verschlechternder Ermittelungen ist die Zahl der Erkrankungen kontinuierlich gesunken:

1907: 1550 Fälle	1910: 822 Fälle
1908: 1283 „	1911: 578 „
1909: 920 „	

und ist auch 1912 niedrig geblieben. Der Anteil der Schulpflichtigen an den Erkrankungen ist nicht nur absolut, sondern auch relativ zurückgegangen; er betrug:

1908—1909: 44,0 %,	1910—1911: 44,5 %.
1909—1910: 43,1 „,	1911—1912: 34,0 „.

Der Prozentsatz nahm also in diesen Jahren um fast 23 % des gewöhnlichen Anteils ab.

Charakteristisch für die Wirkung der getroffenen praktischen Maßnahmen scheint auch das epidemiologische Verhalten in der Stadt. Während wir 1908 bis 1909 in zwei Jahren 303 Kontaktgruppen zählten, sind in den zwei Jahren 1910—1911 nur 134 derartiger Familien- und Hausübertragungen nachzuweisen.

Wir brauchen also nicht zu warten, bis wir theoretisch jeder einzelnen Schwierigkeit Herr geworden sind, sondern sind verpflichtet, schon jetzt mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln gegen die Diphtherie vorzugehen. Wünschenswert ist bei der Notwendigkeit, sich öfters mit nur einer Schlußuntersuchung zu begnügen, eine Erhöhung in der Sicherheit des Nachweises. Es ist dem Vortragenden im Verein mit Herrn Stabsarzt Dr. Bierast gelungen, im Institut des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Fränken eine Verbesserung des Löfflerschen Nachweisverfahrens zu erzielen, die die Resultate ausreichend um ca. 50 % sicherer gestaltet. Bisher stehen 20 durch jenes ältere Verfahren erreichten positiven Befunden weitere 10 durch diese neue Methode außerdem erhobene gegenüber. Eigenbericht.

Diskussion:

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen dankt dem Referenten.

Der Herr Regierungspräsident schließt sich dem Dank an. Als Landrat habe er sich schon sehr für die Diphtheriefrage interessiert. Auf seine Veranlassung hin seien für ihre Bekämpfung Geldmittel zur Verfügung gestellt und zwar zum Zwecke der unentgeltlichen Heilserumbeschaffung und der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung. Er habe damit sehr gute Erfolge erzielt, die Zahl der Erkrankungen sei sofort gesunken. Dann sei die Bevölkerung aber wieder gleichgültiger geworden und dies habe wieder ein Zunehmen der Diphtherie zur Folge gehabt. Er bittet nun, ihn über folgende Fragen Auskunft zu geben, erstens ob an der allgemeinen Zunahme der Diphtherie die Gleichgültigkeit des Publikums schuld sei, zweitens ob auch die Mortalität zugenommen habe und drittens ob in den kleinen Städten und auf dem Lande mehr zur Bekämpfung der Diphtherie geschehen könne.

Prof. Dr. v. Drigalski-Halle meint, sichere Angaben darüber, ob die Mortalität gestiegen sei, könne man kaum machen; er könne dieses jedenfalls nicht unbedingt bejahen.

Der Herr Regierungspräsident dankt für diese Auskunft. Er habe sich allerdings von vornherein gedacht, daß man darüber nichts Sicheres anführen könne.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle ist der Ansicht, daß die

Mortalität seit Einführung des Serums gesunken und in den letzten Jahren wohl annähernd gleich geblieben sei. Eine größere Ausbreitung der Diphtherie werde eigentlich nur in den großen Städten beobachtet.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen wünscht Auskunft, ob die prophylaktische Impfung Erfolg verspreche oder ob sie wegen Gefahr der Anaphylaxie zu unterlassen sei.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle meint, die prophylaktische Impfung habe höchstens in derselben Familie Zweck, sonst sei die Immunität zu kurz. Die Anaphylaxie habe gar keine große Bedeutung, um sie brauche der Praktiker sich nicht zu kümmern. Von ihr werde jetzt viel zu viel Wesens gemacht; sie habe aber fast nur theoretische Bedeutung.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen führt aus, daß er seinerzeit mit der prophylaktischen Impfung, für die er eine größere Summe bewilligt bekommen habe, sehr gute Erfolge erzielt hätte; die Aerzte seines früheren Wirkungskreises seien aber später wesentlich davon zurückgekommen, weil sie von autoritativer Seite vor den Gefahren der Anaphylaxie gewarnt wären.

Geh. Med.-Rat Dr. Risel ist der Ansicht, daß die Todesfälle meist kleine Kinder betreffen und ihren Grund in Vernachlässigung hätten. Wenn die Pflege zweckmäßiger und für rechtzeitige ärztliche Behandlung gesorgt werde, würden auch die Todesfälle abnehmen.

Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz-Halle meint, eine genaue Statistik sei überhaupt nicht aufzustellen, besonders nicht für die Landbezirke. Im übrigen stimmten seine Beobachtungen nicht ganz mit denen des Vortragenden überein; jedenfalls sei danach die Mortalität die gleiche geblieben. Auf dem Lande sei die Morbidität und Mortalität verhältnismäßig gering, aber nur, weil nicht richtig gemeldet würde.

Reg.- u. Med.-Rat Janssen ist auch der Ansicht, daß die Statistik im allgemeinen mit Vorsicht zu verwenden sei. Bei Todesfällen an übertragbaren Krankheiten würden vom Publikum nicht selten aus Abneigung vor Desinfektion dem Standesbeamten unrichtige Angaben gemacht. Immerhin habe die Statistik bei Epidemien ihren Wert.

Geh. Med.-Rat Dr. Risel-Halle hat eine genaue Statistik über die Todesfälle an Diphtherie ausgearbeitet und auf einer Tafel aufgezeichnet, die er demonstriert. Meist fand sich eine Zunahme am Ende jeden Jahres und alle fünf Jahre. In den letzten Jahren sei dagegen die Mortalität erheblich zurückgegangen; es lasse sich da der Einfluß besonders des Diphtherieserums und der Desinfektion, speziell auch ihrer Verbesserung nicht verkennen. Die Menge der Diphtherieerreger habe durch die Serumbehandlung und durch die Desinfektion systematisch abgenommen.

Der Herr Regierungspräsident warnt davor, den Wert der Statistik zu überschätzen.

Dr. Möbius-Wittenberg bemerkt, daß nach seinen Erfahrungen die Gleichgültigkeit des Publikums gegen die Diphtherie steige; man glaube, mit der Einspritzung sei alles erledigt. Auch viele Aerzte nähmen die Diphtherie zu leicht, besonders auch bei Stellung der Diagnose. Hier müsse viel sorgfältiger vorgegangen und dafür gesorgt werden, daß angeordnete Maßregeln auch wirklich nur Diphtherieerkrankungen betreffen, sonst würde das Publikum widerspenstig.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen entgegnet, daß die Aerzte zur Sicherung der Diagnose ja nur Material einzusenden brauchten.

Dr. Möbius-Wittenberg erwiderte, daß dies nicht immer möglich sei. Viele Aerzte spritzten sofort und hätten nachher keine Gelegenheit mehr zur Entnahme des Materiales, da sie einfach nicht mehr geholt würden. Anderseits habe der Arzt schon so wie so viel mitzunehmen, daß er nicht auch noch Entnahmegefäße bei sich führen könne. Außerdem habe er diese Gefäße vielfach gar nicht und sei nicht in der Lage, sie sich so schnell zu beschaffen.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen vertritt die Ansicht, daß jeder Arzt zu Hause Entnahmegefäße vorrätig halten könne. Die Kreisärzte sollen darauf hinwirken.

Dr. Möbius-Wittenberg wünscht zu wissen, wieviel Diphtherieuntersuchungen im letzten Jahr gemacht sind.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle gibt Auskunft darüber. Aus dem Reg.-Bez. Merseburg seien im ganzen ungefähr 7—8000 Untersuchungen

gemacht, darunter ca. 5000 Diphtherieuntersuchungen. Danach schicke doch eine große Anzahl Aerzte Material ein.

Stabsarzt Dr. Peters-Halle weist darauf hin, daß die Bevölkerung sich gegen die Serumeinspritzung nicht sträube, daß aber nachher alles auf die Einspritzung geschoben würde. Die typischen Nachkrankheiten der Diphtherie würden selbstverständlich der Einspritzung in die Schuhe geschoben. Hiergegen müsse durch weitgehende Aufklärung vorgegangen werden.

Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz-Halle weist auf die im Saalkreis durchgeführten Anordnungen hin. Dort dürfe z. B. kein Kind wieder in die Schule, bei dem nicht eine bakteriologische Untersuchung stattgefunden habe und negativ ausgefallen sei. Man dürfe jedoch dem Arzt nicht zuviel zumuten; auch der Landarzt könne nicht alles so ausführen, wie man sich das denke. Das müsse er Dr. Möbius ganz recht geben.

Der Herr Regierungspräsident meint, daß eine Untersuchung nur in zweifelhaften Fällen notwendig sei. Der Landarzt könne aber nicht alles machen. Er halte es für zweckmäßig, wenn die Frage mit den Aerzten des Kreises in einer Konferenz, zu der der Landrat zugezogen werden müßte, besprochen würde.

Med.-Rat Dr. Schröder-Weißenfels möchte wissen, wer denn eigentlich Entnahme von Untersuchungsmaterial vornehmen solle; von den Aerzten könne das auf dem Lande unmöglich gemacht werden. Er nehme Gemeindeschwestern dazu und lasse zweimal Material entnehmen. Gemeindeschwestern seien aber nicht überall vorhanden. Auch aus diesen Gründen sollten mehr solche Schwestern eingestellt werden. Eventuell könnten auch die Desinfektoren oder die Lehrer das Untersuchungsmaterial entnehmen, auch die Eltern könnten es tun, sie täten es aber nicht.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle entgegnet, daß das Untersuchungsamt nur Material untersuchen dürfe, daß von einem Arzt eingesandt sei; die Schwester müßte die Entnahme also schon im Auftrage des Arztes tun. Im übrigen steige die Zahl der Aerzte, die Material einsenden.

Der Herr Regierungspräsident meint, daß die Frage gar nicht so einfach zu erledigen sei. Auf keinen Fall dürften Lehrer zu solcher Tätigkeit herangezogen werden; das sei zu gefährlich. Breche dann in der Schule eine Epidemie aus, so würde ihm sicher Schuld gegeben.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen hält die ganze Angelegenheit nur für eine Geldfrage. Der staatlich geprüfte Desinfektor werde zwar bei der Ausbildung in der Entnahme von Untersuchungsmaterial unterwiesen; seine jedesmalige Heranziehung mache aber zu große Kosten.

Med.-Rat Dr. Schröder-Weißenfels führt noch an, daß die Einsendung des Materials allerdings niemals durch die Schwester allein, sondern im Auftrage des Arztes geschehe.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle ist der Ansicht, daß die Entnahme des Materials doch nicht so einfach sei, daß man das Desinfektoren anvertrauen könne.

Kreisarzt Dr. Bundt-Halle spricht sich entschieden dagegen aus, daß Desinfektoren zur Entnahme des Materiales herangezogen würden, da sie dazu absolut ungeeignet seien Die Aerzte müßten dafür bezahlt werden, dann würde sich die Sache schon durchführen lassen.

Kreisarzt Dr. Rapmund-Querfurt schließt sich diesen Ausführungen an. Aber auch bei allem guten Willen der Aerzte könne man auf dem Lande und in den kleinen Städten die Untersuchungen unmöglich so durchführen, wie dies in Halle geschehe. Sehr wesentlich aber sei es, daß die Kosten der Desinfektion allgemein vom Kreis oder den Gemeinden übernommen würden, damit käme man ein gutes Stück weiter. Vielleicht ließe es sich auch durchführen, daß die gesunden Geschwister der Erkrankten, die jetzt auf der Straße spielten und dadurch zur Weiterverbreitung beitrügen, zu Hause gehalten würden. Er habe dieses bei einer Epidemie schon einmal mit gutem Erfolge durchsetzen können, bezweifle allerdings, ob eine solche Anordnung allgemein getroffen werden könne.

Der Herr Regierungspräsident entgegnet, daß eine solche Anordnung unmöglich durchgeführt werden könne; das würde auf großen Widerstand stoßen. Er wünscht dann zu wissen, ob durch prophylaktische Impfungen die Gefahr der Bazillenträger geringer würde und ob in dieser Hinsicht auf die Kreise eingewirkt werden sollte.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle bejaht die Frage.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen will dagegen derartige Erfahrungen noch nicht gemacht haben, da, soweit er wisse, das Serum ja auf die vorhandenen Bazillen nicht bakterizid wirke.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränken-Halle widerspricht dem. Die Prophylaxe habe doch sehr gute Erfolge zu verzeichnen.

Kreisarzt Dr. Bundt-Halle hat mit der Prophylaxe ganz gute Erfolge erzielt. Die ganzen Maßnahmen gegen Bazillenträger ließen sich aber nur bei Kindern anwenden, Erwachsenen gegenüber sei man machtlos.

Der Herr Regierungspräsident ist der gleichen Ansicht. Das Kammergericht habe sich übrigens auf den Standpunkt gestellt, daß die Seuchengesetze die Materie erschöpfend behandelten; daher seien weitere Verordnungen zwecklos und verboten.

Prof. Dr. Drigalski-Halle vertritt die Ansicht, daß die prophylaktische Impfung gegen die Bazillenträger doch nicht schütze; gerade die Dauerausscheider seien nach seinen Aufstellungen am häufigsten gespritzt gewesen. Eine Einwirkung auf die Aerzte sei übrigens doch möglich; es ließe sich in dieser Beziehung schon mehr erreichen, man dürfe nur die Geduld nicht verlieren. Es sei übrigens falsch, daß die Dauerausscheider nicht viel schadeten, wenn sie auch nicht so gefährlich seien, wie der Erkrankte. Daß die gesunden Geschwister erkrankter Kinder, die auf der Straße herumlaufen, viel Unheil anrichteten, glaube er nicht.

Der Herr Regierungsprsident bemerkt, daß ihm die ganze Verhandlung sehr interessiert habe; er werde jedenfalls prüfen, welche von den gemachten Vorschlägen ausführbar seien und in welchen Grenzen.

II. Zur Frage der Leichenöffnung und Untersuchung auf Gifte bei einzuäschernden Leichen. Prof. Dr. Schulz, Gerichtsarzt in Halle a. S.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 14. September 1911, betr. die Feuerbestattung, ist die Tätigkeit des beamteten Arztes in Preußen um eine neue Aufgabe erweitert worden. Zu den medizinal- und sanitätspolizeilichen bezw. gerichtsärztlichen Aufgaben sind ihm nunmehr auch Funktionen kriminalpolizeilicher Art übertragen worden. Das Gesetz bringt als neue Einrichtung die polizeiliche Obduktion; die behördliche Leichenöffnung bei Verdacht fremden Verschuldens am Tode ist jetzt nicht mehr ausschließlich gerichtlicher Natur.

Auf der Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Karlsruhe im September 1911 hat sich Vortragender mit der Frage der Feuerbestattung vom Standpunkt der Straf- und Zivilrechtspflege schon einmal befaßt und die Stellung der gerichtlichen Medizin zu dieser Frage auf breitester Grundlage behandelt. Er legt in seinem jetzigen Vortrage den Standpunkt dar, den er nunmehr auch auf Grund praktischer Betätigung einnimmt. Das vielgestaltige Material, das sich ihm seit Bestehen des Feuerbestattungsgesetzes geboten hat, war oft Anlaß für ihn, seine in jenem Vortrag vertretenen Anschauungen einer Nachprüfung zu unterziehen. In den Vordergrund seiner Ausführungen stellt er die Frage, wie bei aller Wahrung des Standpunktes der Strafrechtspflege — nur dieser soll in seinem Vortrag berücksichtigt werden — auch den privaten Interessen möglichst Rechnung getragen werden kann. Bei diesen handelt es sich ja schließlich nicht allein um eine billige Rücksichtnahme auf das Empfinden und Fühlen der Hinterbliebenen, um ideale Güter, auch Geldfragen spielen hinein. Durch ein Allzuviel von Maßnahmen wird die Einäscherung für die Bestattungspflichtigen unnötig verteuert, ihr Abbruch getan, und damit der Tendenz des Gesetzes entgegengehandelt. Es gilt, die Zahl der Maßnahmen also auch aus diesem Grunde auf das Notwendige zu beschränken.

Zunächst erörtert Vortragender die Stellung des beamteten Arztes zum Feuerbestattungsgesetz im allgemeinen. Der Hauptzweck der Leichenschau ist, so besagen die für sie gegebenen Vorschriften, die Verhütung der Verschleierung einer strafbaren Handlung, durch die der Tod herbeigeführt ist. Da aus der Untersuchung der Rückstände einer eingeäscherten Leiche zur Klärung eines Falles vorläufig wenig zu erwarten ist, müssen alle nur denkbaren Sicherungen vorher getroffen werden. Es ist eine selbstverständliche Forderung, daß hierzu die Umstände des Falles genau zu ermitteln sind; die Ausführungsanweisung zum Feuerbestattungsgesetz gibt eingehende Vorschriften für die Vornahme der Leichenschau. Aber der beamtete Arzt ist nicht nur berufen, Hüter der Strafrechtspflege zu sein. Diejenigen, die dem Verstorbenen

nahe standen, sind gewissermaßen auch seine Schutzbefohlenen; er soll sie unter Umständen vor späterer übler Nachrede bewahren können. Er muß die Schwächen in der Position der Hinterbliebenen erspähen, gleichsam vorausahnend wissen, wo die geschäftige Fama einsetzen kann und vielleicht einsetzen wird, um den guten Ruf der Hinterbliebenen zu schädigen, und zeitig seine Vorkehrungen zur Abwehr treffen.

Der beamtete Arzt soll also verhüten und vorsorgen. Verhüten soll er die Verschleierung einer strafbaren Handlung, vorsorgen für die etwa nötig werdende Rehabilitierung eines zu Unrecht Beschuldigten.

Was die Frage der Leichenöffnung und Untersuchung auf Gifte im besonderen betrifft, so ist in den Fällen, in denen eine ärztliche Behandlung dem Tode voraufgegangen war, die Aufgabe des beamteten Arztes dadurch erleichtert, daß er sich über die Notwendigkeit einer Leichenöffnung gemeinsam mit dem behandelnden Arzte beraten kann. Hat eine ärztliche Behandlung nicht stattgefunden, dann ruht die Verantwortung auf dem beamteten Arzte allein. Er hat in diesem Falle die Angaben der Angehörigen über voraufgegangene Krankheitserscheinungen, über die näheren Umstände namentlich eines plötzlichen Todes auf ihre Glaubwürdigkeit und ihren inneren Wert ganz besonders sorgsam zu prüfen. Die nötige Eignung hierzu bringt er bereits mit. Es ist ihm zur zweiten Natur geworden, z. B. bei Ausstellung von Attesten, in denen er die Notwendigkeit eines Strafaufschubs, die Terminsunfähigkeit eines Angeklagten usw. bescheinigen soll, die ihm vorgetragenen Beschwerden mit Vorsicht aufzunehmen, soweit sie durch den objektiven Befund sich nicht bestätigt zeigen. Aehnliche Grundsätze gelten für ihn auch hier. Kommt durch die Schilderungen der Hinterbliebenen ein Krankheitsbild zustande, das mit der ärztlichen Erfahrung übereinstimmt, so ist der Schluß gerechtfertigt, daß die Angaben aufrichtig sind und Glauben verdienen. Berücksichtigung hat dabei auch die Art zu finden, in der jene Angaben vorgebracht werden, sowie die ganze Umgebung des Verstorbenen. Taucht unter diesem Gesamteindruck kein Verdacht auf, so kann der beamtete Arzt in dem Geiste seiner neuen Aufgabe alle Bedenken kriminalpolizeilicher Art zurückstellen und die verlangte Bescheinigung erteilen.

Hat im Falle eines Giftmordes der behandelnde Arzt, vorwiegend beschäftigt mit der Sorge um den Kranken, die Vergiftungssymptome einmal übersehen, ist ihm, weil ihm auch die nötige Sachkenntnis fehlte, ein Verdacht nicht gekommen, so hat der beamtete Arzt bei der Besichtigung der Leiche die bestimmte Aufgabe, die Verschleierung eines Verbrechens zu verhüten. Nur auf diesen einen Punkt sind seine Gedanken eingestellt. Er wird deshalb und vermöge seiner Sachkenntnis Krankheitserscheinungen im gegebenen Falle anders bewerten als der behandelnde Arzt.

Der hierdurch schon erreichte Grad von Rechtssicherheit ist dabei noch steigerungsfähig und zwar dadurch, daß der angehende Arzt auf der Universität mehr wie bisher auch zum gerichtlichen Mediziner erzogen wird. Es ist die gerichtliche Medizin zu einem besonderen Prüfungsfach auch im Staatsexamen zu machen. Der Blick des heute die Universität verlassenden Mediziners ist fast ausschließlich auf das Kurative gerichtet. Sein Blick ist aber auch in gerichtsärztlichen Dingen zu schärfen. Treten zwei mit Sachkunde ausgerüstete Aerzte an einen Krankheits- und Todesfall heran, um so besser ist es dann bei der Feuerbestattung um die Wahrung der Rechtssicherheit bestellt. Eine gediegene Kenntnis der gerichtlichen Medizin ist dem praktischen Arzte heute nötiger denn je.

Eine besondere Besprechung widmet der Vortragende der an sich kleinen, aber wichtigen Gruppe von Leichen, die nach § 157 Str.P.O. vom Gericht beschlagnahmt, alsdann nach einer Leichenöffnung oder auch ohne eine solche freigegeben sind. In betracht kommen hier in erster Linie die Fälle von Verunglückung und Selbtmord. Der Standpunkt des beamteten Arztes ist hier von dem des Gerichts durchaus verschieden. Die im Erdgrabe ruhende Leiche bietet zu späteren Feststellungen immer noch eine Möglichkeit; das Gericht hat also mit einer Freigabe der Leiche, die beerdigt wird, noch nicht das letzte Wort gesprochen. Entscheidend ist die Freigabe aber für den beamteten Arzt; denn mit der vollzogenen Einäscherung der Leiche ist alles zerstört. Völlig selbständig und unbeeinflußt hat dieser also an die Besichtigung

beschlagnahmter oder beschlagnahmt gewesener Leichen heranzugehen und unbekümmert um die Entschließungen des Gerichts seine Entscheidungen von Fall zu Fall zu treffen. Dem Vorgehen des Gerichts wird er natürlich sich möglichst anzupassen suchen.

Bei Anzeichen für Verunglückung oder Selbstmord hatte Vortragender in seinem vorjährigen Vortrage nicht nur für alle Fälle eine Leichenöffnung, sondern auch eine chemische Untersuchung verlangt. Diese Forderung hält er heute nicht mehr aufrecht. Die Erfahrung hat ihn gelehrt, daß die Umstände eines Selbstmordes so übersichtlich liegen können, daß nicht der mindeste Verdacht aufkommt. Bei Anzeichen eines solchen oder einer Verunglückung wird die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen sein. Die Gefahr, daß durch die Erweckung des Anscheines eines Selbstmordes ein Verbrechen sich der Sühne entzieht, liegt am ehesten vor, wenn der Verstorbene durch Gift getötet war; sie ist geringer, wenn die Tötung durch mechanische Einwirkung geschah. Die Möglichkeit einer Vergiftung ist also immer besonders ins Auge zu fassen. Bei einem Selbstmord der Frau beansprucht eingehendste Berücksichtigung alles, was zum Geschlechtsleben in Beziehung steht.

Die Möglichkeit, den Interessen der Bestattungspflichtigen Rechnung zu tragen, ist vor allem bei der Untersuchung auf Gifte gegeben. Hat man die Organe und Flüssigkeiten zur chemischen Untersuchung aufgehoben und wie bei einer gerichtlichen Leichenöffnung zum mindesten 6 Gefäße zurückgestellt, so brauchen diese nicht alle untersucht zu werden, wodurch die Kosten unter Umständen in die Hunderte gehen würden. Es genügt die Untersuchung des Inhalts eines einzigen Gefäßes auf Kosten der Hinterbliebenen. Es wird nur darauf ankommen, gerade das Organ oder die Flüssigkeit untersuchen zu lassen, die für die Auffindung des betreffenden Giftes unter den jeweiligen Umständen die beste Gewähr bietet. Die übrigen Gefäße bleiben vorläufig in sicherer Verwahrung. Ergibt die Untersuchung das Vorliegen eines Giftes, war also der Verdacht berechtigt, dann tritt die von dem Ausfall der Untersuchung zu verständigende Staatsanwaltschaft in Aktion. Alles weitere ist ihre Sache; sie kommt auch für die weiteren Kosten auf.

Nach diesen Grundsätzen verfuhr Vortragender in einem Falle von plötzlichem Tod, in dem wegen Verdachts der Vergiftung die gerichtliche Leichenöffnung ausgeführt wurde. Für die Annahme einer Vergiftung ergab sich nichts, wohl aber fand sich ein schlaffes Herz und ein Verschluß seiner Kranzschlagadern, durch welchen Befund der plötzliche Tod ausreichend erklärt war. Für eine eventuelle chemische Untersuchung waren Organe und Flüssigkeiten aufgehoben worden, die das Gericht in Verwahrung nahm. Dieses gab die Leiche nach der Oeffnung „zur Beerdigung" frei. Sie sollte eingeäschert werden. Der Verdacht eines unnatürlichen Todes war durch eine Bekannte des Verstorbenen angeregt worden, die mit der Nachricht seines plötzlichen Todes auf die Polizei geeilt war und gemeldet hatte, daß er kurz vorher noch bei ihr gewesen sei, vollkommen gesund und frisch; seine Ehefrau, mit der er schon immer in Unfrieden lebte, habe ihn gewiß vergiftet. Der Fall lag derart, daß für die Witwe eine üble Nachrede in späterer Zeit nicht ausgeschlossen war. Da die Staatsanwaltschaft sich noch nicht schlüssig darüber war, ob sie die chemische Untersuchung veranlassen sollte, es fraglich erschien, ob diese überhaupt vorgenommen wurde, bei einer Hinausschiebung der Untersuchung aber der bündige Nachweis der Anwesenheit oder Abwesenheit eines Giftes vielleicht nicht mehr zu erbringen war, so setzte sich Vortragender mit der Staatsanwaltschaft in Verbindung, erbat und erhielt von ihr die Ermächtigung, über den Inhalt eines der Gefäße zu verfügen. Zur Untersuchung wählte er, weil hier ein plötzlicher Tod vorlag, das Gift in der Hauptsache also noch in den ersten Wegen zu erwarten war, Magen und Darm mit Inhalt, übergab das Gefäß dem Chemiker und erhielt nach wenigen Tagen den Bescheid, daß kein Gift nachzuweisen sei. Hiervon wurde die Staatsanwaltschaft verständigt, die darauf die übrigen Organe freigab und das Verfahren einstellte. Der Chemiker liquidierte für die Untersuchung 20 M.; sie hatte sich nur auf den Nachweis von Alkaloiden erstreckt.

Ein derartiges Vorgehen, so schließt Vortragender, ist die beste Lösung des Problems der Untersuchung auf Gifte bei einzuäschernden Leichen. Es beschleunigt das Verfahren, verringert vor allem die Kosten für die Bestattungspflichtigen. Auch der Staat könnte durch ein Vorgehen dieser Art das Ver-

fahren der gerichtlichen Leichenöffnung bei bestehendem Vergiftungsverdacht vereinfachen und verbilligen. In geeigneten Fällen, bei ungewissem oder negativem Obduktionsbefunde, besonders bei Verdacht einer Alkaloidvergiftung, wäre zunächst eine vorläufige Untersuchung des Inhaltes eines Gefäßes anzuordnen, der gegebenenfalls eine ausführliche Untersuchung folgte, die sich auf den Inhalt auch der übrigen Gefäße zu erstrecken hätte. Wie das zum Schluß einer gerichtlichen Leichenöffnung abgegebene vorläufige Gutachten zur Klarstellung des Falles meist schon genügt und abgesehen werden kann von der Einholung eines ausführlichen Gutachtens mit seiner Hinziehung des Verfahrens und Vermehrung der Kosten, so wird auch die „vorläufige Untersuchung auf Gifte“ oft schon die Entscheidung bringen unter Ersparnis von Zeit und von Kosten, die hier besonders hoch sind. Bei der Feuerbestattung wäre seine allgemeine Einführung jedenfalls ein weiterer Schritt auf dem Wege, diese Bestattungsform unter Einhaltung der gebotenen Kautelen zu erleichtern.

(Eigenbericht.)

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen dankt. Auf Diskussion wird wegen vorgerückter Stunde verzichtet und die Versammlung geschlossen.

Ein vergnügtes Mahl vereinigte hierauf noch die Teilnehmer.

Dr. Rapmund-Querfurt.

Frühjahrs-Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Königsberg im Institut für gerichtliche Medizin zu Königsberg i. Pr. am 15. März 1913.

Der liebenswürdigen Einladung des Direktors des Instituts für gerichtliche Medizin an der Universität, Herrn Med.-Rats Prof. Dr. Puppe, die Frühjahrsversammlung in seinem Institut abzuhalten, waren fast alle Kollegen des Bezirks gefolgt. Die von ihm und seinem Assistenten gehaltenen Vorträge haben so großes allgemeines Interesse, daß ihre Veröffentlichung in der Zeitschrift angezeigt erscheint. Die Referate[1]) wurden erläutert durch eine Reihe von Demonstrationen, mikroskopischen Präparaten und Photographien.

I. Schwarzpulver- und Nitro-Pulver-Schüsse. Med.-Rat Professor Dr. Puppe.

Die Effekte des Schwarzpulvers und Nitro-Pulvers unterscheiden sich qualitativ und quantitativ voneinander, quantitativ schon deshalb, weil die Pulvermenge in den Nitropulver-Patronen etwa halb so groß ist, wie in den Schwarzpulver-Patronen. So bedarf eine Patrone für den Browning 7,65 Kal. nur 0,2 g rauchschwaches Pulver, während eine Schwarzpulver-Patrone 8,1 Kal. eine Pulvermenge von 0,55 g benötigt.

Die qualitative Verschiedenheit resultiert aus der geringen Menge von Rückständen nach der Explosion beim Nitropulver, wie auch aus der verschiedenartigen Zusammensetzung des Schwarzpulvers und des Nitro-Pulvers. Die von Lochte erwähnte Reaktion auf Schwarzpulver mit Platin-Chlorid, bei welcher sich aus dem Kali des im Schwarzpulver enthaltenen Kalisalpeters zahlreiche gelbe oktaedrische Kaliumplatinchlorid-Kristalle bilden, ist sehr leicht auszuführen und dient zur leichten Unterscheidung beider Pulverarten. Die von Wellenstein und Kober empfohlene Reaktion mit Diphenylamin-Schwefelsäure ist nicht zuverlässig. Blaue Streifen im Reagens entstehen sowohl nach Zufügung von Schwarzpulver, wie auch von Nitropulver.

Die qualitativen und quantitativen Verschiedenheiten bedingen auch mannigfache Verschiedenheiten der Einschußwunde bei Revolver- und Browning-Schüssen (Kaliber wie oben). Der Pulverschmauch hört beim Schwarzpulver auf markant zu sein, wenn die Entfernung zwischen Laufmündung und Ziel mehr als 20 cm beträgt. Bei Nitropulver verliert er schon bei 10 cm Entfernung seine Deutlichkeit. Die Pulvereinsprengungen sind beim Schwarzpulver außerordentlich markant und dienen wegen ihrer großen Anzahl hauptsächlich zur Feststellung der Entfernung, aus welcher geschossen wurde. Entsprechend der geringeren Menge des zur Patrone verwandten Nitropulvers, wie auch der chemischen Konstitution desselben, treten die Pulvereinsprengungen des Nitropulvers um den Einschuß herum außerordentlich an Menge und sonach auch an Bedeutung zurück. Den um den Einschuß herumgelegenen Vertrock-

[1]) Die nachstehenden Berichte darüber sind Autoreferate.

nungshof bildet das Schwarzpulver intensiver als das Nitropulver. Ein aus 10 cm Entfernung abgefeuerter Nitropulverschuß liefert keinen deutlichen Vertrocknungshof mehr; ein Schwarzpulverschuß aus derselben Entfernung tut das noch eben. Verbrennungen, die theoretisch beim Nitropulver als nicht unmöglich hingestellt werden können (Lochte gelang es mehrfach, Feuerschwamm zum Glimmen zu bringen), treten bei Nitropulverschüssen praktisch ganz in den Hintergrund, während Schwarzpulverschüsse die bekannten Verbrennungseffekte in einer Entfernung, welche etwa der Länge des Laufes zwischen Mündung und Ziel entspricht, zu geben pflegen. Die durch unverbrannte Pulverkörner bedingten Haarschaftverletzungen sind, zumal beim Nitropulver, nicht sehr beträchtliche.

Die Begutachtung von Nitropulver-Schüssen wird in Zukunft naturgemäß mehr als bisher die gerichtlichen Sachverständigen beschäftigen. Die Verhältnisse sind zweifellos für die Feststellung der in Betracht kommenden Fragen nach der Waffe, der Pulverart, der Entfernung, aus welcher geschossen wurde, nicht einfacher, sondern komplizierter als beim Schwarzpulver. Es dürfte sich empfehlen, in allen Fällen, in welchen die Verhältnisse einfach liegen, die Wunde sorgfältig herauszuschneiden und zur weiteren Untersuchung an das nächste Institut für Gerichtliche Medizin zu schicken.

Zur näheren Erläuterung des Gesagten waren zwei Serien von Einschüssen in Papier zur Demonstration gekommen, welche mit beiden Pulverarten aus verschiedenen Entfernungen gemacht worden waren. Das verschiedene Aussehen, die Stärke der Bräunung, Schmauchbildung usw. waren an den Präparaten sehr deutlich zu studieren.

II. Ergebnisse mikroskopischer Untersuchungen von Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens. Dr. Nippe, Assistent am Institut.

Vortragender empfiehlt als Ergänzung der makroskopischen Lebensproben und der mikroskopischen Untersuchung der Lungenabstrichflüssigkeiten die Untersuchung an Schnittpräparaten der eingebetteten Lungenstücke. Hat ein Neugeborenes geatmet, sind auch die Bronchien z. T. entfaltet. Der Luftgehalt von Lungen konnte durch die mikroskopische Untersuchung auch in einer Reihe von Fällen erwiesen werden, bei denen die Lungenschwimmprobe völlig negativ ausfiel. (Wird ausführlich in der Aerztl. Sachverständigen-Zeitung publiziert.)

III. Adipocire-Reaktionen. Dr. Nippe, Assistent am Institut.

Demonstration von Adipocire, das mit Benda-Bürgerscher Kupferlösung behandelt wurde. Mitteilung einer neuen Reaktion (Rotfärbung von Adipocire) mit formolhaltiger Eisenoxydlösung. (Wird in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin mitgeteilt.)

IV. Kalkseifenknötchen, eine Leichenerscheinung. Dr. Nippe, Assistent am Institut.

Eigenartige knötchenförmige Beläge und Gebilde auf und in Organen älterer Leichen, die in der Hauptsache aus fettsaurem Kalk bestehen, wie in mehreren Fällen mikroskopisch und chemisch festgestellt wurde. Bakterien spielen bei der Genese dieser reinen Leichenerscheinung keine Rolle. Man muß sich diese Gebilde vielmehr als Niederschläge, Filtrate der Fäulnistranssudationsflüssigkeiten vorstellen. Dafür spricht vor allen die Lokalisation. (Wird ausführlich in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin publiziert.)

V. Demonstration eines etwa 10 Tage alten menschlichen Eies. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe.

Gravidität wurde von Puppe vermutet, weil sich in der etwas verdickten und geschwollenen, im übrigen weißgrauen Uterusschleimhaut eine stecknadelkopfgroße, schwachrötliche Bildung fand, die die Schleimhaut etwas überragte — der sogen. Gewebspilz — ein kleines Coagulum, welches nach der bei Implantation des Eies auftretenden Blutung entsteht. Das Ei hatte eine Größe von 2,38 : 0, 98 : 1,5 mm. (Der Fall ist von Heine und Hofbauer in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 68, eingehend beschrieben und abgebildet.)

VI, Ueber Tentorium-Zerreißungen. Angabe einer Obduktionsmethode zur Erkennung derselben. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe.

Die Tatsache, daß durch seitliche oder sagittale Kompression des kind-

lichen Schädels während der Geburt Schädelverletzungen zustande kommen können, ist hinlänglich bekannt; es sei nur an die löffelförmigen Eindrücke der Parietalbeine erinnert. Daß demgemäß auch die Hirnhäute und das Gehirn selbst eine erhebliche Kompression und dadurch eine Schädigung erleiden können, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. So erleidet zweifellos beim Druck von der Seite her die Falx cerebri und das von ihr ausgehende Tentorium cerebelli eine starke Zerrung, so daß es einreißen kann. Neben diesen Rissen der oberen Tentoriumplatte kommen aber auch, namentlich im hinteren Drittel des freien Tentoriumsrandes, fetzige oder senkrecht zum freien Rand verlaufende Einrisse vor, die ebenso wie die vorhin beschriebenen mit Blutungen an der Großhirn- oder Kleinhirn-Oberfläche vergesellschaftet sind. Die Menge der Blutungen ist weniger erheblich, als die Tatsache, daß die Blutungen überhaupt vorhanden sind, denn es wird durch ihr Vorhandensein in Verbindung mit dem der Tentoriumrisse bewiesen, daß das Gehirn eine erhebliche Schädigung bei der Geburt auszuhalten hatte; diese, nicht etwa die Größe des Blutverlustes, bedingt den Tod des Neugeborenen, der mehr oder weniger lange Zeit nach der Geburt eintreten kann (cf. Puppe: Demonstration eines forensischen Falles von Tentorium-Zerreißung. Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg, offizielles Protokoll vom 11. Dezember 1912. Vereinsbeilage der Deutschen med. Wochenschrift; 1913, Nr. 2), wenn nicht die Kinder selbst schon bei der Geburt infolge der Schwere der Verletzung zugrunde gehen.

Die gewöhnliche Sektionsmethode läßt befriedigende Ergebnisse bei Tentoriumzerreißung nicht zustande kommen, weil das Tentorium vor genauer Inspektion zerschnitten wird, und weil ein Abheben des Schädeldaches die Falx nahe dem Sinus zerreißen läßt, hierdurch aber auch Tentoriumrisse artefiziell hervorgerufen werden können. Es empfiehlt sich deshalb folgendes Verfahren:

1. Hautschnitt von Ohr zu Ohr über den Scheitel.
2. Entfernung der linken Hälfte des Schädeldaches durch Scherenschläge, z. B. von der Kronennaht aus, derart, daß die ganze Falx cerebri stehen bleibt.
3. Entfernung der linken Großhirnhälfte aus der Schädelhöhle nach Durchschneidung des Balkens und der angrenzenden Hirnabschnitte; Obduktion der linken Großhirnhälfte.
4. Entfernung der rechten Hälfte des Schädeldaches (wie zu 2).
5. Entfernung der rechten Großhirnhälfte (wie zu 3). Nunmehr liegt die Falx cerebri mit dem Tentorium frei zutage.
6. Einstechen des Tentoriums; Herausnehmen des Kleinhirns und verlängerten Marks mit der Brücke und Obduktion dieses Hirnabschnitts.

Bei der großen Bedeutung, die die Tentoriumzerreißungen, namentlich in der forensischen Praxis haben, wird die angegebene Obduktionstechnik dem Gerichtsarzt eine wesentliche Bereicherung seiner Methoden sein, die ihm die Feststellung der Todesursache manches bei dem bisher üblichen Verfahren unaufgeklärten Falles erleichtert.

VII. Priorität der Schädelbrüche. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe berichtet über einen Fall von Mord mit einer Wagenrunge, durch welche Hinterkopf und Stirn schwer verletzt wurden.

Die Untersuchung des im Königsberger Institut für Gerichtliche Medizin zusammengesetzten Schädels ergab 2 Fraktur-Zentren, von denen strahlenförmige Frakturen ausliefen. An zweiter Stelle konnte die Feststellung getroffen werden, daß die von der Stirn auslaufenden Frakturen aufhörten, wo sich die vom Hinterhaupt ausstrahlenden befanden. Hiermit war der Nachweis erbracht, daß die Hinterhauptverletzung älter war als die Stirnverletzungen. Ein Bruch läuft gesetzmäßig durch das Schädelgewölbe; die Gesetzmäßigkeit wird aber da unterbrochen, wo die Architektonik des Schädelgewölbes durch bereits vorhandene Frakturen gestört ist. Puppe bezeichnet diese Verhältnisse als Priorität der Schädelbrüche. (Eigenbericht.)

Mit großem Interesse waren die Teilnehmer den Vorträgen gefolgt. Sie sind Herrn Prof. Dr. Puppe zu um so größerem Dank verpflichtet, als er ihnen in Aussicht gestellt hat, alljährlich über die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin zu referieren. Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Solbrig brachte diesen Dank im Namen der Kollegen zum Ausdruck.

Dr. Israel-Fischhausen.

Ausserordentliche Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamten-Vereins vom 15. Juni 1913.

Anwesend waren: Präsident v. Nestle-Stuttgart (als Gast), Andrassy-Böblingen, Breit-Stuttgart, Bubenhofer-Vaihingen, Drachter-Crailsheim, Gaupp-Schorndorf, Georgii-Geislingen, Gnant-Ellwangen, Haag-Heilbronn, Heller-Backnang, Kern-Künzelsau, Köstlin-Stuttgart, Lieb-Freudenstadt, Ludwig-Leonberg, Mayer-Münsingen, Maisch-Oehringen, Muntsch-Neresheim, Palmer-Biberach, Paulus-Heidenheim, v. Rembold-Stuttgart, Scheef-Rottenburg, v. Scheurlen-Stuttgart, Schwarzkopf-Stuttgart, Staudenmayer-Ludwigsburg, Süßkind-Hall, Walz-Stuttgart, Weißenrieder-Maulbronn.

Nach einigen einleitenden Worten des Vorsitzenden, Ob.-Med.-Rats Dr. Köstlin, wurde in die Tagesordnung eingetreten.

Die Benutzung des Autos im dienstärztlichen Verkehr der Oberamtsärzte unter Bezugnahme auf den Vorschlag des Abg. Hasel in der Kammersitzung am 2. Juni. Referent: Oberamtsarzt Dr. Maisch-Oehringen. Korreferent: Med.-Rat Dr. Palmer-Biberach.

An die von den beiden Berichterstattern gegebenen eingehend motivierten Berichte schloß sich eine lebhafte Debatte an, an deren Schluß ein Antrag des ersten Referenten, Dr. Maisch, einstimmig zur Annahme gelangte, folgende Bitte an das K. Ministerium des Innern zu richten und das K. Medizinalkollegium um deren Befürwortung zu ersuchen:

> Die am 15. Juni zusammengetretene außerordentliche Medizinalbeamten-Versammlung erlaubt sich dem K. Staatsministerium des Innern folgende Bitte vorzutragen:
>
> Im Interesse der Bewegungsfreiheit der Oberamtsärzte und der glatten Abwicklung der gehäuften oberamtsärztlichen Geschäfte möge von dem Zwange der Benutzung eines sogenannten Bezirksautos abgesehen werden.
>
> Es möge bei Benutzung von Kraftwagen dem Oberamtsarzt ein Kilometergeld von 45 Pfg. gewährt werden. Daneben mögen als Diäten für einen vollen Tag (8 Stunden und mehr) 10 Mark, für einen $^3/_4$ Tag (4—8 Stunden) 8 Mark und für einen halben Tag (2—4 Stunden) 6 Mark festgesetzt werden.
>
> Bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel mögen Taggelder gewährt werden, und zwar für einen vollen Tag (8 Stunden und mehr) 20 Mark, für einen $^3/_4$ Tag (4—8 Stunden) 15 Mark und für einen halben Tag (2—4 Stunden) 10 Mark.
>
> Daneben möge für Zu- und Abgang zur Bahn- oder Haltestelle je eine halbe Stunde vor Beginn und nach Beendigung des Geschäfts bezw. der Reise hinzugerechnet werden.

Dr. Georgii sprach hierauf noch den Wunsch aus, es möge den nicht vollbesoldeten Oberamtsärzten auch für die eigentlichen oberamtsärztlichen Dienstgeschäfte für entgehenden Erwerb eine Entschädigung gewährt werden; da sich die Versammlung damit jedoch nicht einverstanden erklärte, wurde ein diesbezüglicher Antrag von ihm nicht gestellt.

Nach der Versammlung vereinigten sich die Teilnehmer bei einem Glase Bier im Stadtgarten. Dr. Schwarzkopf-Stuttgart.

Bericht über die erste Hauptversammlung des Thüringischen Medizinalbeamtenvereins am 8. Juni 1913 in Eisenach.

Anwesend waren: als Vertreter des Großherzoglich Sächsichen Staatsministeriums Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, zugleich als Vereinsmitglied, ferner die Herren Beyer-Altenburg, Binswanger-Jena, Brauns-Eisenach, Flemming-Auma, Giese-Jena, Hesse-Eisenberg, Löber-Vacha, Michael-Ilmenau, Osswald-Arnstadt, Neuhaus-Gera, Renner-Tiefenort, Sarnow-Eisenach, Sterzing-Gotha, Scheube-Greiz, Kreißmann-Sonneberg, Stapf-Dermbach, Waldvogel-Coburg, Löscher-Remptendorf, Auch-Neustadt.

I. Eröffnung und Begrüßung.

Der Vorsitzende, Geh. Med.-Rat Dr. Scheube, begrüßte die Versammlung und dankte für das zahlreiche Erscheinen. Er gab sodann einen kurzen

Bericht über den Stand des Vereins, der zurzeit 65 Mitglieder umfasse. Verloren habe der Verein Herrn San.-Rat Dr. Stauch in Rudolstadt durch Tod. Zum Andenken an den Verstorbenen erhoben sich die Anwesenden von ihren Sitzen. Es wurde sodann Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht als Vertreter des Großherzogl. Sächsischen Staatsministeriums besondes begrüßt.

II. Zur Entmündigung wegen Trunksucht und zur Trinkerfürsorge. Prof. Dr. O. Binswanger-Jena.

Das im Jahre 1900 in Kraft getretene Bürgerliche Gesetzbuch für das Deutsche Reich hat den mit Freuden begrüßten Fortschritt gebracht, daß der Trunksüchtige entmündigt werden kann. Die gesetzliche Unterlage für das Vorgehen gegen den Trunksüchtigen findet sich in § 6 Ziffer 3:

„Entmündigt kann werden, wer infolge Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.“

Die hochgespannten Erwartungen, daß mittels dieser Bestimmungen eine wirksame Waffe im Kampfe gegen das in vielen Gegenden Deutschlands stark hervortretende Uebel der Trunksucht geschaffen worden sei, haben sich leider nur unvollständig erfüllt. In den ersten Jahren nach Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches schien, als ob die Entmündigung wegen Trunksucht als Schutzmittel gegen ein weiteres Vordringen dieser Volkskrankheit sich rasch Geltung verschaffte; denn im Jahre 1900 wurden in Preußen 88, in Deutschland 688 Personen wegen Trunksucht entmündigt, im Jahre 1911 in Preußen 528, in Deutschland 852, im Jahre 1902 in Preußen 576, in Deutschland 908 Personen, während die Zahl der Entmündigungen wegen Trunksucht im Deutschen Reich in den Jahren 1907: 914, 1908: 1075 u. 1909: 1193 betrug. Eine Statistik über die Jahre 1910—1912 liegt noch nicht vor. Vergegenwärtigen wir uns aber, daß allein in Preußen schon 1899 21 361 Personen in Irrenanstalten und allgemeinen Krankenhäusern an den Folgen der Trunksucht behandelt worden und im gleichen Jahre 783 Personen an Säuferwahnsinn gestorben sind, so wird man zugeben müssen, daß nur ein kleiner Bruchteil der Trunksücktigen von dieser neuen Maßregel betroffen wurde.

Ich möchte hier zuerst einige Gründe erörtern, die einer kraftvollen Anwendung der Entmündigung wegen Trunksucht hinderlich gewesen sind, und knüpfe dabei an die erweiterte Bearbeitung des von Prof. F. Endemann auf dem 9. Internationalen Kongreß gegen den Alkoholismus im Jahre 1903 gehaltenen Vortrages [1]) an; denn dieser Vortrag, der von einem eifrigen und kenntnisreichen Verfechter eines energischen Vorgehens gegen die Trunksucht verfaßt ist, zeigt am deutlichsten, wie die Auslegung und Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen von der wissenschaftlichen und praktischen Beurteilung der Trunksucht abhängig ist.

Wie schon in den Erläuterungen, die Planck nach Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches diesem mitgegeben hat, hervorgehoben ist, läßt der Ausdruck „Trunksucht“ erkennen, daß mit ihm ein krankhafter Zustand erfordert wird, durch den die Personen unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr die Kraft haben, dem Anreiz zum übermäßigen Genuß geistiger Getränke zu widerstehen. Diese Begriffsbestimmung hat auch A. Cramer übernommen; er bezeichnet die Trunksucht als den „rücksichtslosen, unwiderstehlichen Zwang zum Trinken“. Endemann macht die Entmündigung wegen Trunksucht nach § 6 B.G.B. geradezu von der Feststellung eines krankhaften Geisteszustandes in Form der Trunksucht abhängig. Daß mit dieser letzteren Fassung die Grenze zwischen Trunksucht und Geistesstörung schon völlig verwischt wird, liegt auf der Hand. Ich werde mich in folgendem mit den Zuständen des gewöhnlichen Rausches oder des pathologischen Rausches, die gelegentlich Gegenstand gerichtsärztlicher Begutachtung sind, nicht beschäftigen, sondern nur die Frage zu prüfen haben, auf welchem Wege wir am besten im Hinblick auf den § 6 B.G.B. Ziffer 3 zu einer sachgemäßen Einteilung der an chronischem Alkoholismus leidenden Individuen gelangen können. Ich halte mich hierbei an die praktischen Erfahrungen, die ich in einer mehr als 30 jähr. psychiatrischen Tätigkeit gesammelt habe.

Sicherlich verlangt man — wie das auch allseitig anerkannt wird — für die Kennzeichnung eines Alkoholisten als „Trunksüchtigen“ nicht allein den

[1]) Halle 1904; Verlag von Karl Marhold.

Nachweis, daß er zu wiederholten Malen geistige Getränke im Uebermaß zu sich genommen hat; ebensowenig werden wir einen Menschen, der zwar gewohnheitsmäßig alkoholische Getränke zu sich nimmt, zum Trunksüchtigen stempeln, solange er im Genuß geistiger Getränke Maß zu halten versteht und die moralische und intellektuelle Widerstandskraft besitzt, sich eines übermäßigen Genusses geistiger Getränke zu enthalten. Trunksüchtig ist erst diejenige Person, die diese Widerstandskraft verloren hat und einem unwiderstehlichem Zwange zum Trinken unterliegt.

Es mag wohl angängig sein, mittels dieser subtilen Unterscheidung eine Grenzlinie zwischen dem Gewohnheitstrinker und dem Trunksüchtigen zu ziehen; aber vergessen wir nicht, daß der Gewohnheitstrinker schon einen Menschen repräsentiert, der seine physische und geistige Leistungsfähigkeit auf ein gewisses für ihn unentbehrliches Maß alkoholischer Getränke gleichsam abgestimmt hat. Kann z. B. jemand nicht mehr schlafen, ohne eine bestimmte Quantität Bier oder Wein genossen zu haben (die übliche „Bettschwere"), so ist er eben ein Gewohnheitstrinker; doch sind wir weit entfernt, ihn zu einem trunkfälligen Menschen zu stempeln, denn mit dieser Bezeichnung verbinden wir immer die Auffassung, daß ein Individuum im Genuß alkoholischer Getränke nicht mehr Maß zu halten versteht und häufigen Zuständen von Trunkenheit ausgesetzt ist. Daß der Gewohnheitstrinker der Gefahr ausgesetzt ist, ein Trunkfälliger zu werden, ist allgemein bekannt; liegt dies doch in dem Umstand begründet, daß bei regelmäßigem Genuß geistiger Getränke die stimulierende („euphorisierende") und schließlich narkotisierende Wirkung des Alkohols immer geringer wird und deshalb immer steigende Dosen alkoholischer Getränke nötig sind, um die „Anregung" oder „Beruhigung" der Nerven zu erzielen. Ich halte für den gesunden Menschen mit einer vollwertigen psychischen Leistungsfähigkeit die völlige Abstinenz von geistigen Getränken für unnötig, ich würdige die ästhetische und euphorisierende Wirkung eines Glases guten Weines vollkommen, aber ein entschiedener Gegner bin ich des gewohnheitsmäßigen Genusses alkoholischer Getränke. Man muß ohne Alkohol ebenso gut arbeiten und schlafen können wie unter Alkohol! Sobald das geistige Getränk zum notwendigen Reizmittel wird, ist es verhängnisvoll und verderblich!

Wo ist die Grenze zwischen dem Trunkfälligen und dem Trunksüchtigen zu ziehen? Sie könnte wohl theoretisch gezogen werden, wenn von dem Lehrsatz ausgegangen wird: „Der Trunkfällige ist — sit venia verbo — ein gesunder Trinker, der Trunksüchtige ist ein kranker Trinker". Es muß aber offen ausgesprochen werden, daß weder wissenschaftlich noch praktisch eine scharfe Grenze zwischen Trunkenbold und Trunksüchtigem gezogen werden kann. Betrachtet man die Frage nüchtern und vorurteilslos, so wird man anerkennen müssen, daß beiden, falls wir von der besonderen, nachher zu erörternden Gruppe der pathologischen Trinker absehen, der übermäßige Alkoholgenuß zum Bedürfnis geworden ist, daß also beide die Widerstandskraft gegen den Anreiz zum Genuß berauschender Menge von Alkohol eingebüßt haben. Beide verfallen den physischen und geistigen Kennzeichen des chronischen Alkoholismus; beide verlieren die Fähigkeit, ihre Angelegenheiten pflicht- und vernunftgemäß zu besorgen; beide setzen sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes aus und gefährden die Sicherheit anderer. Trunkfälligkeit und Trunksucht sind keine wissenschaftlich und praktisch scharf trennbaren Begriffe; beide sind sozialpathologische und nicht psychopathologische Erscheinungen, wenigstens wenn man ihre Entstehungsbedingungen und ihre sozialen Folgewirkungen berücksichtigt und die psychopathischen Trinker von dieser Betrachtungsweise ausschließt. Trunkfälligkeit und Trunksucht sind an sich keine Geisteskrankheit, wohl aber können sie Ausgangspunkt ausgeprägter Geistesstörungen werden. Der dauernde rücksichtslose, unwiderstehliche Zwang zum Trinken ist es allein, welcher Aufstellung des Begriffs der Trunksucht im gesetzlichen Sinne bewiesen werden muß. Der Gesetzgeber hat nur das Vorhandensein der sozial-rechtlichen Folgewirkungen dieser Trunksucht zur Voraussetzung gemacht, die Einschränkung, daß die krankhafte Natur der Trunksucht im Entmündigungsverfahren nachgewiesen werden müsse, ist erst in das Gesetz hineininterpretiert worden. Das Gesetz soll uns eine Handhabe sein, den Trinker im allgemeinen und nicht bloß eine schwer definierbare Gruppe krankhafter Trinker von seiner unseligen Neigung zu befreien, ihn und seine

Familie vor dem sozialen Verfall zu bewahren, die Allgemeinheit vor seinen gemeingefährlichen Ausschreitungen zu beschützen!

In praxi müssen bei der Entmündigung der chronischen Alkoholisten folgende Unterscheidungen maßgebend sein:

1. Der Trunksüchtige i. e. S. Er ist dem dauernden übermäßigen Genuß berauschender Getränke unterworfen, zeigt auf geistigem und körperlichem Gebiete die charakteristischen Merkmale des chronischen Alkoholismus und ist wegen Trunksucht zu entmündigen, sobald eine der in § 6 Ziffer 3 enthaltenen Voraussetzungen erfüllt ist.

2. Der geisteskrank gewordene Trinker. Hier haben sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus tiefgreifende geistige Veränderungen auch außerhalb der vorübergehenden, vornehmlich unter dem Einfluß alkoholischer Getränke sich einstellenden Bewußtseinsstörungen herausgebildet: schwerer Verfall der Intelligenz mit Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit (Korsakowsche Psychose), alkoholistische Paranoia usw. In diesen Fällen ist die Entmündigung nicht wegen Trunksucht, sondern wegen alkoholistischer Geistesstörung durchzuführen.

3. Der psychopathische Trinker, bei dem entweder auf dem Boden krankhafter geistiger Zustände eine häufig periodisch wiederkehrende Sucht, berauschende Getränke im Uebermaß zu genießen, hervortritt oder eine bestehende geistige Veränderung (auf dem Boden des Schwachsinns, der Epilepsie, eines Gehirntraumas usw.) eine krankhaft verringerte Widerstandskraft gegen den Genuß geistiger Getränke bewirkt und unter Umständen die Trunksucht verursacht hat. Bei dieser dritten Gruppe ist das Trinken nur ein Symptom, nicht die Krankheit selbst. In diesen Fällen kann nur das zugrunde liegende Leiden zum Ausgangspunkt des Entmündigungsverfahrens gemacht werden. Ohne näher auf diese Frage einzutreten, soll nur zum Ausdruck gebracht werden, daß für sie der Begriff der Trunksucht in dem obenerörterten Sinne nicht anwendbar ist.

Die vorstehende schärfere Trennung der zur Begutachtung gelangenden Trinker hat eine große praktische Bedeutung; sie führt vor allem zu der Forderung, die gewöhnlichen Fälle von Trunksucht von den alkoholistischen Geistesstörungen schärfer zu sondern und überall da, wo die Geisteskrankheit offenkundig ist und die sozial-rechtlichen Bedingungen zur Herbeiführung einer Vormundschaft vorhanden sind, die Entmündigung nicht wegen Trunksucht, sondern wegen Geisteskrankheit, resp. Geistesschwäche (gemäß § 6 B.G.B. Ziff. 1) zu bewirken. Die Trunksucht i. e. S. ist also von den geistigen Krankheiten die eine Entmündigung rechtfertigen, völlig abzuscheiden. Ich wiederhole dies im Hinblick auf folgenden Satz Endemanns: „Der Uebergang vom Trunkfälligen zum Trunksüchtigen ist vollzogen, sobald sich eine ausgeprägte Form der geistigen Erkrankung nachweisen läßt.“ Diesen Standpunkt lehne ich entschieden ab. Die Trunksucht ist wohl die Voraussetzung zur Entwicklung des chronischen Alkoholismus und der alkoholistischen Psychosen, ist aber an sich keine geistige Erkrankung. Selbst bei schwertrunksüchtigen Personen kann, sobald sie kürzere oder längere Zeit vom Trinken ferngehalten werden, eine völlige Integrität ihrer intellektuellen Leistungen vorhanden sein, sodaß sie in wissenschaftlichem und rechtlichem Sinne für geistig gesund erachtet werden müssen. Der „krankhafte“ Zwang zum Trinken rechtfertigt die Annahme der geistigen Erkrankung nicht. Ja selbst in den Fällen, wo chronische Trinker, resp. Trunksüchtige unter der Einwirkung des Alkohols vorübergehend geistige Störungen darbieten, die sich in Rauschexzessen, deliranten Zuständen usw. äußern, finden wir nach relativ kurzer Zeit bei völliger Alkoholabstinenz eine überraschende Erholung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit und damit eine Wiederherstellung ihrer Geschäftsfähigkeit. Diese transitorischen Geistesstörungen sind also nur Folgewirkungen der chronischen Alkoholvergiftung und schwinden nach Aufhören der Giftzufuhr. Der moralische Verfall des Trinkers ohne tiefergreifende intellektuelle Schädigung genügt selbstverständlich nicht, den Begriff eines krankhaften Geisteszustandes für die Entmündigung zu verwerten. Gerade für diese Fälle der gewöhnlichen, nicht geisteskranken Trinker ist der § 6 Ziffer 3 bestimmt, und gerade für diese Gruppe von Trunksüchtigen, die von den Trunkfälligen nicht zu trennen sind, genügt der Nachweis der Gefahr des Notstandes oder der Gefährdung anderer. Sie sind auch die Objekte einer Heilbehandlung; denn die geistig schon defekten oder aus einer konstitutionellen Psychopathie

hervorgegangenen Trunksüchtigen bieten bei der tiefgreifenden dauernden Schädigung ihrer geistigen Kräfte oder bei der endogenen Natur ihres Leidens wenig Aussicht auf Heilung! Der oben zitierte, von Endemann aufgestellte Satz läßt sich deshalb vielmehr auf die Abgrenzung von den alkoholistischen Geistesstörungen anwenden.

Es ist schon früher erwähnt worden, daß der Gesetzgeber sich um diese theoretischen Prämissen gar nicht gekümmert hat; er hat nur die praktischen Folgen des Zustandes ins Auge gefaßt. Ist die Sucht nach Alkohol so hochgradig, daß sie die ganze Lebensführung beherrscht und zur gröblichsten Vernachlässigung der eigenen Angelegenheiten — nicht nur der Vermögensangelegenheiten — geführt hat, ist der Trinker sittlich schon so verkommen, daß er für seinen eigenen Unterhalt und den seiner Familie nicht mehr zu sorgen vermag, und gefährdet er die Sicherheit anderer, in seinen Trunkenheitszuständen, so hat der Richter gegen ihn einzuschreiten, und zwar genügt es, wenn nur eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist.

Für die noch rettungsfähigen Trunksüchtigen bedarf es verbessernder und ergänzender Maßnahmen, sei es durch schärfere Handhabung und umfassendere Anwendung der jetzt schon gegebenen Unterlagen zur Entmündigung und zur Unterbringung in Trinkerheilstätten, sei es auf dem Wege einer Reform der Gesetzgebung.

Ich habe schon eingangs erwähnt, daß leider von der Entmündigung wegen Trunksucht ein viel zu spärlicher Gebrauch gemacht wird; es liegt dies zum Teil in den Mängeln des gegenwärtig geltenden Entmündigungsverfahrens. Antragberechtigt sind der Ehegatte, jeder Verwandte und gesetzliche Vertreter, dem die Sorge für die Person des zu Entmündigenden zusteht. Bedauerlicherweise ist der Staatsanwalt auch bei gemeingefährlichen Trinkern nicht befugt, den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht zu stellen. Jeder, der in der Praxis steht, kennt die unendlichen Schwierigkeiten, ja fast die Unmöglichkeit, die vielfach für die Ehegattin oder für Verwandte des Trinkers der Stellung des Antrages auf Entmündigung entgegenstehen. Der Antragsteller zieht sich den unauslöschlichen Haß des Trinkers zu und ist seiner Rachsucht ausgesetzt. Wie oft sehen wir in unserer Anstaltspraxis, daß die Ehefrau, die von uns zur Stellung des Antrages auf Entmündigung ihres trunksüchtigen Mannes bestimmt worden war, ihren Entschluß unter den Drohungen des Mannes nicht auszuführen vermag! In anderen Fällen haben wir es erlebt, daß die Entmündigung trotz des von der Ehefrau gestellten Antrages vom Richter abgelehnt wurde und die Frau dann schutzlos den Mißhandlungen des erbitterten Ehemannes preisgegeben war.

Es ist eine dringende Forderung, daß die Stellung des Antrages auf Entmündigung dem anderen Eheteil, resp. den Verwandten abgenommen und die Initiative einer Behörde, bei der bestehenden Gesetzgebung den Armenverbänden, Gemeindevorständen in die Hand gelegt wird. Bei einer Reform der Zivilprozeßordnung (vgl. §§ 680—683) müßte dem Staatsanwalt unbedingt ebenfalls das Recht der Antragstellung zugestanden werden. Außerdem ist es wünschenswert, daß die Vernehmung eines ärztlichen Sachverständigen gesetzlich gefordert wird; denn nur durch ärztliches Urteil wird die oben geforderte Unterscheidung zwischen Trunksüchtigen i. e. S. und alkoholistischer Geistesstörung herbeigeführt werden können.

Der hauptsächlichste Uebelstand bei der Entmündigung der Trunksüchtigen besteht darin, daß sie erst dann in die Wege geleitet wird, wenn der Trunksüchtige schon moralisch tief verkommen oder schon geistig und körperlich defekt ist und die Aussichten auf Heilung recht geringe geworden sind. Der § 6 spricht ausdrücklich von der Gefahr des Notstandes. Es ist geradezu widersinnig, die Entmündigung solange hinauszuschieben, bis der Notstand offenkundig geworden ist!

In erster Linie ist aber die frühzeitige Entmündigung des Trinkers geboten, um einen weitergehenden moralischen Verfall aufzuhalten und die Folgewirkungen des chronischen Alhoholismus, alkoholistische Geistesstörungen einschließlich der alkoholistischen Demenz, zu verhüten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es nicht nur einer ausgiebigeren und wirksameren Anwendung der Entmündigung wegen Trunksucht; vielmehr ist ein weiterer Ausbau der Trinkerfürsorge notwendig, denn nur dadurch wird eine wirkliche Heilbehandlung der Trunksucht möglich.

Es ist von verschiedenen Seiten — sowohl von ärztlichen und juristischen Bearbeitern der Alkoholfrage — vorgeschlagen worden, eine eingreifende Heilfürsorge vor und unabhängig von der Entmündigung zu treffen. Diesem Vorschlag liegt die Erfahrung zugrunde, daß bei der jetzigen Lage der Gesetzgebung und der Art ihrer Handhabung einmal die Entmündigung vielfach zu spät kommt, sodann aber auch selbst nach erfolgter Entmündigung eine ausgiebige Zwangsbehandlung in Trinkerheilanstalten bis zur Erreichung eines Heilerfolgs schwer durchzuführen ist. Dieses zweifellos wünschenswerte Ziel kann aber erst erstrebt werden, wenn die Vorbedingung, die Schaffung staatlicher Trinkerheilanstalten, erfüllt ist.

Schon jetzt ist die Notwendigkeit, gemeingefährliche Trinker unabhängig von der Entmündigung zu ihrer Behandlung oder zum Schutze ihrer Angehörigen Anstalten zuzuführen, vorhanden. Unserer Klinik werden aus Krankenhäusern, aus dem Polizeigewahrsam oder aus Gefängnissen ständig Trinker überwiesen, die am Delirium erkrankt sind oder in sinnloser Trunkenheit grobe Exzesse (Mißhandlungen von Angehörigen usw.) begangen haben. Ein nicht geringer Teil dieser Individuen gehört der Gruppe der Alkoholepileptiker an. Sind nach dem Abklingen der akuten oder subakuten Krankheitszustände auf dem Boden der Alkoholvergiftung keine Kennzeichen einer alkoholistischen Geistesstörung in dem früher erörterten Sinne vorhanden oder bietet der Trunksüchtige nicht die Merkmale eines tiefergreifenden geistigen Verfalls dar, so besitzen wir bei der gegenwärtigen Rechtslage selbstverständlich keinerlei Handhabe, ihn gegen seinen Willen längere Zeit in der Anstalt zurückzuhalten. Ja es kann sogar der Fall eintreten — ich knüpfe hier an eine eigene Erfahrung an — daß ein Trunksüchtiger, der z. B. im Rauschzustande seine Mutter die Treppe hinuntergestoßen und ihr dadurch einen Schenkelhalsbruch verursacht hatte, den Anstaltsleiter späterhin bei der Staatsanwaltschaft — der Patient war nach Abklingen der akuten Erscheinungen aus der Anstalt entwichen — wegen widerrechtlicher Einsperrung ins Irrenhaus denunziert hat. In der Tat ist das zwangsweise Festhalten selbst eines gemeingefährlichen Trinkers, der sich selbst überlassen, sofort wieder rückfällig wird, in einer Irrenanstalt gesetzlich unzulässig. Es ist aber auch aus dem Grunde unzweckmäßig, weil der Trunksüchtige i. e. S. gar nicht in die Irrenanstalt paßt und sich nach erfolgter geistiger Klärung mit Recht über das Zusammenleben mit schweren Geisteskranken beklagt.

Für eine bestimmte Kategorie verkommener Trinker, die als Vaganten die Landstraße beherrschen und vor allem ein Schrecken der Landbevölkerung sind, ist ja schon jetzt die Möglichkeit gegeben, sie für längere Zeit unschädlich zu machen: Sie werden gemäß den §§ 361, 362 St.G.B. nach Verbüßung der über sie wegen Bettelns, Widerstandes gegen die Staatsgewalt, Diebstahl usw. verhängten Strafen durch die Landespolizeibehörde für kürzere oder längere Zeit den Arbeitshäusern überwiesen und dort zu regelmäßiger Tätigkeit angehalten. Das Arbeitshaus wird selbstverständlich nur dann seinen Zweck erfüllen, wenn die Durchführung völliger Alkoholabstinenz während der Verwahrung gewährleistet ist. Leider sind die Arbeitshäuser zumeist in Stadtbezirken errichtet, in denen die Gelegenheit zu ausgiebiger Feldarbeit fehlt. Am besten werden Arbeitskolonien diesen Zweck erfüllen. Wieviel Segen könnte gestiftet werden, wenn bei der Kultivierung unserer Oedländereien und Moore die systematische Zwangsarbeit zur Anwendung käme! Schon bei dem gegenwärtigen Stande der Gesetzgebung könnte durch den Ausbau der Arbeitskolonien ein erheblicher Bruchteil dieser sozialen Schädlinge nicht nur unschädlich gemacht, sondern auch volkswirtschaftlich nutzbringend verwertet werden.

Eine durchgreifende Abhilfe kann aber nur durch Abänderung der Gesetzgebung herbeigeführt werden. Dazu ist gegenwärtig bei der Schaffung der Novelle zum Strafgesetzbuch die Zeit gekommen. Jetzt muß das Ziel erstrebt werden, daß der Trunksüchtige unabhängig von der Entmündigung einer Trinkerfürsorge überwiesen werden kann, sobald er in die Kategorie der gemeingefährlichen Trinker gehört oder wenn er für sich oder seine Familie infolge seiner Trunkfälligkeit die öffentliche Armenpflege in Anspruch nehmen muß.

Auf die rechtlichen Normen, welche zur Durchführung dieses Grundgedankens geschaffen werden müssen, kann ich hier nicht eintreten; ihre Diskussion unterliegt auch nicht dem Forum einer Versammlung von Aerzten. Wir haben nur die Forderung zu erheben, daß staatlicherseits Heilanstalten

für Trunksüchtige in ausgiebigem Maße geschaffen werden, um eine wirksame Bekämpfung der Trunksucht herbeizuführen. Diese Forderung ist von den deutschen Psychiatern schon seit Jahren erhoben worden. Es mag hier auf die Resolution des psychiatrischen Vereins in Berlin vom 14. Dezember 1901 verwiesen werden.

Unter den Einwänden, die gegen diese Forderung seitens der administrativen Behörden erhoben worden sind, steht die Finanzfrage obenan. Es ist aber von verschiedenen Seiten in durchaus überzeugender Weise dargetan worden, daß durch die Ersparung von Armenkosten ein erheblicher Anteil der aufgewandten Summen wieder ausgeglichen wird. Vergessen wir nicht, daß etwa ein Drittel der öffentlichen Armenlasten durch den Alkoholismus verursacht wird! Bauen wir die Trinkerheilanstalten zu richtigen Arbeitskolonien aus, so können sie, wie die Erfahrungen in der Irrenpflege beweisen, sich größtenteils selbst erhalten und so einen hohen volkswirtschaftlichen Wert erlangen.

Im Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch findet sich eine Reihe Bestimmungen, welche sich mit der Regelung der Trinkerfürsorge beschäftigen. Hier muß zuerst der Bestimmung gedacht werden, daß ein Angeklagter, der wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen ist, in Zukunft auf Anordnung des Gerichtes interniert werden kann, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, Die Ausführung dieses Beschlusses geschieht durch die Verwaltungsbehörde. Diese Bestimmung gilt vornehmlich für die sofortige Internierung gemeingefährlicher Geisteskranker; erlangt sie Gesetzeskraft, so wird sie künftighin in erster Linie auch Anwendung auf die Fälle von alkoholistischer Geistesstörung finden. Es können auf diesem Wege eine Reihe gemeingefährlicher Trinker für längere Zeit unschädlich gemacht werden.

Auch der sinnlos Betrunkene soll künftighin strafrechtlich für seine Handlungen verantwortlich gemacht werden. Naturgemäß sind hier die Fälle ausgenommen, in denen die Trunkenheit durch dritte Personen böswillig verursacht ist. Es wird dann dem unhaltbaren Zustande ein Ende gemacht, das schwere Trunkenheit geradezu als Freibrief für die Begehung von Strafhandlungen dienen kann!

Die wichtigste Bestimmung enthält aber der § 43 des Entwurfs:

„Ist Trunksucht festgestellt, so kann das Gericht neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe die Unterbringung des Verurteilten in einer Trinkerheilanstalt bis zu seiner Heilung, aber höchstens auf die Dauer von zwei Jahren anordnen, falls diese Maßregel erforderlich erscheint, den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.“

Von Bedeutung ist, daß auch ganz unabhängig von dem oft schwierigen Nachweis des Vorhandenseins von Trunksucht schon der Zustand von gemeingefährlicher Trunkenheit nach § 65 genügen kann, um die Ueberweisung in Trinkerfürsorge zu veranlassen.

An diesem § 43 des Entwurfes ist ärztlicherseits vielfach Kritik geübt und sind mancherlei Abänderungsvorschläge gemacht worden. Vor allem ist die Vorschrift bemängelt worden, daß die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt von der Erkennung einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe abhängig gemacht werden soll. Die Feststellung der Gemeingefährlichkeit eines Trunksüchtigen ergibt sich ja aus der Bekundung einwandfreier Zeugen; die Einweisung in die Trinkerheilanstalt kann bei gemeingefährlichen Trinkern ganz unabhängig von allen sonstigen Strafmaßregeln ausschließlich im Interesse der öffentlichen Sicherheit erfolgen.

Ferner ist der Vorschlag gemacht worden, in § 43 des Strafgesetzentwurfs die Unterbringung gemeingefährlicher Trunksüchtiger, die wegen einer Straftat verurteilt werden, zu einer obligatorischen Maßregel zu machen und dementsprechend das Wörtchen „kann“ durch „muß“ zu ersetzen. Auch dieser Vorschlag ist sicher beachtenswert, da auf diesem Wege — unter Ausschaltung des freien Ermessens des Richters — ein allgemein wirksamer Schutz gegen die Ausschreitung Trunksüchtiger erreicht werden kann.

Es wäre außerdem zu wünschen, daß genaue Vorschriften über die Möglichkeit einer probeweisen oder bedingten Entlassung aus der Trinkerheilanstalt gegeben werden. Hier kann der weitere Ausbau der Trinkerfürsorgestellen — nach einer neuesten Zusammenstellung bestehen zurzeit in Deutsch-

land 195 Fürsorgestellen — außerordentlich segensreich wirken; denn diesen Trinkerfürsorgestellen wird künftighin die Aufgabe zufallen, die probeweise oder bedingt entlassenen Trinker unter ihre Aufsicht und ihren Schutz zu nehmen. Diesen Trinkerfürsorgestellen sollte neben oder im Verein mit der Landespolizeibehörde das Recht zustehen, die sofortige Wiedereinlieferung des Trinkers in die Trinkerheilanstalt zu veranlassen, sobald die Rückfälligkeit des Trinkers festgestellt ist. Es ist auch zu erwägen, ob der Trinkerfürsorgestelle die Befugnis eingeräumt werden kann, beim rückfälligen Trinker sofort die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen.

Ob diese Abänderungen und Ergänzungen des gegenwärtigen Entwurfs noch berücksichtigt werden können, ohne eine wesentliche Verzögerung in der Vollendung des Gesetzentwurfs selbst herbeizuführen, kann ich nicht beurteilen. Die Hauptsache ist, daß in ganz Deutschland die Schaffung von staatlichen Trinkerheilanstalten zur Notwendigkeit wird. Die bisherigen privaten Trinkerheilanstalten haben trotz der völlig ungenügenden Rechtsmittel, die ihnen bei der Durchführung ihrer Heilbestrebungen zur Verfügung stehen, verhältnismäßig günstige Ergebnisse aufzuweisen. Wieviel wirksamer wird eine staatliche Trinkerheilanstalt arbeiten können, bei der die Möglichkeit besteht, den Trinker auf die Dauer bis zu zwei Jahren festzuhalten!

Ich bin der festen Ueberzeugung, daß eine erfolgreiche Bekämpfung des Trinkerelends nur auf diesem Wege erreicht werden kann. Wenn durch das Gesetz auch nur ein Teil der Trunksüchtigen getroffen ist, so ist doch ein guter Anfang gemacht, indem wenigstens die gefährlichsten Elemente einer Heilbehandlung zugeführt werden. Ist einmal auf Grund dieses Gesetzes ein ganz Deutschland umfassendes Netz von Trinkerheilanstalten geschaffen worden, findet ein gedeihliches Zusammenarbeiten der Trinkerfürsorgestellen, der kommunalen und Landesbehörden, sowie der Vormundschaftsrichter statt, so ist es nur eine Frage der Zeit, daß die Gesetzgebung weiter ausgebaut werden wird. Das letzte Ziel, das erstrebt werden muß, besteht darin, daß die Trinkerheilanstalt allen Trunksüchtigen in möglichst frühen Stadien zugänglich gemacht wird. Erst dann wird der eigentliche Zweck der Trinkerfürsorge, eine große Zahl von Trinkern wirklich zu heilen und so dem Staatskörper lebens- und arbeitskräftige Elemente zurückzuerobern, erfüllt werden.

An den Vortrag schloß sich eine lebhafte **Diskussion**, an deren Schluß beschlossen wurde, folgende Leitsätze zu formulieren und sie sämtlichen Thüringischen Staatsregierungen zur Kenntnisnahme und Berücksichtigung zu unterbreiten:

a) Es ist anzustreben, daß die Gemeindebehörden häufiger als bisher von ihrer Befugnis Gebrauch machen, Anträge auf Entmündigung wegen Trunksucht zu stellen, damit die Trunksüchtigen auf Anordnung ihres Vormundes der einzig zweckmäßigen Behandlung, nämlich einer Trinkerheilstätte bezw. Arbeitskolonie, zugeführt werden können.

b) Die bisher in Thüringen vorhandenen Irrenanstalten können wegen Raummangels wie auch deshalb, weil sie für die Unterbringung der nicht geisteskranken Trinker ungeeignet sind, für diesen Zweck nicht nutzbar gemacht werden. Es ist daher die Gründung einer Trinkerheilstätte oder Arbeitskolonie für Thüringen eine der dringendsten Aufgaben der Gegenwart.

c) Die Ausnützung der nach dem bestehenden Gesetze möglichen Zwangsmittel gegen Trinker (Ueberweisung an die Landespolizeibehörde und Einweisung in Korrektionsanstalten) muß in umfänglicher Weise als bisher erfolgen. Eine durchgreifende weitergehende Besserung der Trinkerfürsorge ist nur zu erhoffen, wenn die diesbezüglichen Vorschläge zu dem neuen Strafgesetzentwurf Gesetz geworden sind.

Nach herzlichen Dankesworten des Vorsitzenden für Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Binswanger wurde zum nächsten Gegenstand der Tagesordnung übergegangen.

III. Ist eine gemeinsame Dienstanweisung für die beamteten Aerzte Thüringens möglich? Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Brauns, Bezirksarzt in Eisenach.

Der Referent betonte, daß es sehr schwierig sei, eine gemeinsame Dienstanweisung für die beamteten Aerzte zu schaffen; immerhin bestehe die Möglichkeit, gewisse gemeinsame Gesichtspunkte aufzustellen. Er legte sodann den

Entwurf einer Dienstanweisung vor, der zur Diskussion gestellt und mit einigen im großen und ganzen unwesentlichen Veränderungen angenommen wurde. Es wurde sodann der Beschluß gefaßt, diesen Entwurf den Thüringischen Regierungen gleichfalls zu unterbreiten.

IV. Aussprache zur Stellungnahme der Medizinalbeamten zur Angestelltenversicherung.

Der Vorsitzende gab einen Ueberblick über die Entwicklung der Frage. Die Reichsversicherungsanstalt habe sich an die Regierungen gewandt, die den Medizinalbeamten die Genehmigung erteilt hätten, gutachtlich tätig zu sein. Nach einer längeren Aussprache einigte man sich dahin, zunächst noch die Stellungnahme des Deutschen Aerztetages abzuwarten.

V. Geschäftliches.

Hierzu lag nur ein Schreiben der „Allgem. Med.-Zentralzeitung" vor, worüber zur Tagesordnung übergegangen wurde.

VI. Kassenbericht und Bestimmung des Jahresbeitrages für das nächste Jahr.

Der Kassierer erstattete sodann einen kurzen Bericht über die Kassenverhältnisse, worauf ihm nach Prüfung der Rechnung durch zwei Mitglieder Entlastung erteilt wurde. Man beschloß nach Vorschlag des Vorstandes für das nächste Jahr wiederum einen Jahresbeitrag von nur 2 Mark zu erheben.

VII. Festsetzung des Orts für die nächstjährige Hauptversammlung.

Als Ort für die nächstjährige Hauptversammlung wurde Gera bestimmt.

Damit war die sehr reichliche Tagesordnung erschöpft. Der Vorsitzende sprach allen Herren seinen Dank aus und schloß die Versammlung.

Die meisten Mitglieder nahmen sodann an dem gemeinschaftlichen Mittagessen im Hotel Kaiserhof teil.

Bericht über die Versammlungen des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands in Breslau am 15. Mai 1913.

I. Als Referenten des ersten Hauptreferats: **„Welche Anforderungen sind in körperlicher und geistiger Beziehung an den Schulanfängern zu stellen?"** kamen der Arzt und der Lehrer zum Wort. Der ärztliche Referent, Stadtschularzt Dr. Steinhaus-Dortmund verlangte, daß die Schulrekruten in körperlicher Beziehung den Forderungen zu entsprechen haben, die im wesentlichen in den Durchschnittskörpermaßen zum Ausdruck kommen. In geistiger Beziehung muß ein bestimmter Vorstellungsschatz vorhanden sein, um den Schüler unterrichtsfähig erscheinen zu lassen. Die Verhältnisse, wie sie beim normalen Kind mit vollendetem 6. Lebensjahr vorliegen, lassen es angezeigt erscheinen, diesen Zeitpunkt, der nur ausnahmsweise bis zu einem Alter von 5³/₄ Jahr unterschritten werden darf, gesetzlich festzulegen.

Vom pädagogischen Referenten, Stadtschulrat Dr. Wehrhahn-Hannover, wurden namentlich die Forderungen festgelegt, die an die geistige Leistungsfähigkeit der Schüler zu stellen sind. Auch ihm erscheint das vollendete 6. Lebensjahr das geeignete für die Einschulung. Eine einheitliche Regelung wird verlangt. Besondere Schulen oder Kurse für Schwerhörige und Schwachbeanlagte werden als nötig bezeichnet, während die Schwachsinnigen den Idiotenanstalten zuzuweisen sind. Der Schulanfang für den Lernanfänger ist auf frühestens 8 Uhr, in den Großstädten auf 9 Uhr festzusetzen; der Nachmittagsunterricht ist zu verbieten; der Schulweg soll für Lernanfänger 2 km nicht übersteigen.

II. In eingehender und instruktiver Weise verbreitete sich Stadtarzt Dr. Oebbecke-Breslau über den **Beruf der Schulschwester und deren Tätigkeit**, die als vermittelndes Hilfsorgan zwischen Schularzt einerseits, behandelndem Arzt und Elternhaus anderseits einzutreten hat. Außerdem ist sie ärztliche Gehilfin, indem sie die Anordnungen des behandelnden Arztes zur Durchführung bringt und dem Schularzt Hilfe bei all den vom Gesichtspunkt der sozialen Jugendfürsorge nötigen Maßnahmen leistet.

III. Das zweite Hauptreferat: **„Die Bedeutung der Landerziehungsheime vom hygienischen und pädagogischen Standpunkte"** betraf ein bei der Zunahme dieser Anstalten aktuelles Thema.

Der pädagogische Referent, Dr. H. Lietz-Schloß Bieberstein, wies insbesondere auf die Entstehungsgeschichte der Erziehungsheime hin, die vor 15 Jahren gegründet wurden, um offenbaren Uebelständen unserer höheren

Schulen insonderheit der Alumnate durch die Tat entgegenzuwirken. Die Grundsätze, die hier entwickelt wurden, gehen in der Hauptsache dahin, die Schulen auf's Land zu verlegen, die praktische Arbeit in den Unterrichtsplan einzufügen, den Kampf gegen Alkohol, Nikotin und sexuelle Schädigung aufzunehmen, das Verhältnis zwischen Lehrer und Schüler zu ändern, sowie das Unterrichtssystem einer durchgreifenden Aenderung zu unterziehen.

Der medizinische Referent Dr. Sexauer-Godesberg, Schularzt am evang. Pädagogium in Godesberg, wies auf die unmittelbare hygienische Bedeutung der Landerziehungsheime hin, wie sie zutage tritt in einer geregelten Gestaltung der äußeren Lebenshaltung, in der Erziehung zum Verständnis für den Wert der persönlichen Gesundheitspflege und zu deren praktischer Betätigung, in der systematischen Ausbildung und Abhärtung des Körpers, sowie darin, daß diese Fürsorge die unentbehrliche Grundlage für die normalsexuelle Entwicklung des zu Erziehenden darstellt. Außerdem kommt den Landerziehungsheimen neben einem prophylaktischen Wert ein direkter Heilwert zu. Ganz besonders wies der Referent auf die spezielle oder mittelbare Bedeutung der Landerziehungsheime hin, insofern sie in schulreformischer Beziehung zu den praktischen Vorkämpfern gehören und deshalb die besondere Beachtung des Hygienikers vor den anderen Erziehungsheimen mit einem gewissen Recht erwarten dürfen; dieselbe Beachtung verdienen auch die erzieherischen Bestrebungen, da die Erziehung zur sittlichen Persönlichkeit hygienisch von ebenso großer Bedeutung ist, wie die rein körperliche Ausbildung. Auch die besten Erziehungsheime sind jedoch immer nur ein Notbehelf. Sie vermögen den vielseitigen Wert und den Geist einer gesunden, erziehungsfreudigen Familie nie zu ersetzen. Die starke Zunahme der Erziehungsheime hat nicht nur in der „Schulnot" ihre Ursache. Es muß das Möglichste geschehen, um unserem Volke die Erziehungsfreudigkeit zu erhalten und die normale Erziehung in „Schule und Haus" zu gewährleisten.

IV. Stadtschularzt Dr. Stephani-Mannheim sprach über die **„Bedeutung des Straßenlärms für die Schule"** unter Hinweis auf die für die Stimmorgane und das Nervensystem der Lehrer und Schüler drohenden Schädigungen, wie sie sich namentlich auch aus der Unmöglichkeit der Oeffnung der Fenster infolge Lärm und Staub ergeben. Die Schulhausgebäude im Innern von Häuserblocks sind — unter der Voraussetzung genügend großer Höfe — hygienisch sehr beachtenswert.

V. Das Referat des dritten Tages gelegentlich der V. Jahresversammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands war: **„Die Aufgaben der Schulärzte bei der hygienischen und sexuellen Belehrung in den Schulen."** Stadtschularzt Dr. Gentzen-Essen verlangt eine hygienische und biologische Belehrung in der Schule. Die Biologie hat sich auch auf Zeugung und Fortpflanzung in der Pflanzen- und Tierwelt zu erstrecken. Der Unterricht liegt in den Händen des Lehrers bezw. der Fachlehrer, als welche auch Aerzte herangezogen werden können; die hygiensiche Vorbildung der Lehrerschaft in den Lehrerbildungsanstalten ist dringendes Erfordernis, durch Einfügung der Hygiene in den Lehrplan. Die Belehrung über sexuelle Gefahren gehört nicht in die Volksschulen, sondern kommt in den Fortbildungsresp. Mittelschulen bei Entlassung der Schüler in Frage. Sie bleibt dem Arzt vorbehalten. — Die Schulärztin Dr. Clara Bender-Breslau, welche das Korreferat übernommen hatte, stellte sich auf denselben Standpunkt, daß die Belehrung über Sexualhygiene Sache des Arztes ist, dessen Belehrungen in weit höherem Maß als bisher durch Erweiterung und Vertiefung des naturwissenschaftlichen Unterrichts vom Lehrer vorbereitet werden müssen. Die Tätigkeit der Schulärzte bei den hygienischen und sexuellen Belehrungen soll im Anschluß an Elternabende stattfinden, sowie in klassenweiser Belehrung durch Vorträge und in Einzelberatung und Belehrung von Schülern und Eltern in den schulärztlichen Sprechstunden bestehen.

Im Anschluß an die Referate und Vorträge fand jeweils eine sehr lebhafte Diskussion statt. — Zahlreiche Besichtigungen und Führungen, so insbesondere Vorführung von orthopädischen Turnriegen, die Besichtigung des Breslauer Stuhl-Tisch-Systems, der Besuch der neuen Blindenunterrichtsanstalt usw., schlossen sich jeweils an den Nachmittagen an. — Der Besuch war ein sehr starker. Prof. Dr. Gastpar-Stuttgart.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. IX.

XXVI. ordentliche Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins am 1. Oktober 1913, im Stadtkrankenhause zu Wismar.

Anwesend: vom Großh. Ministerium Herr Geh. Med.-Rat Dr. Müller und Herr Ministerialassessor Dehns; ferner als Mitglieder die Kreisärzte DrDr. Unruh, Wilhelmi, Stephan, Elfeldt, Günther, Viereck, Mulert, Dannien, Buschmann, Dugge, endlich als Gast der prophysicatu geprüfte Arzt Dr. Lübcke-Wismar.

Vor Beginn der Tagesordnung begrüßte namens des Ministeriums Herr Ministerialassessor Dehns, und namens der Medizinalbeamten Herr Med.-Rat Dr. Wilhelmi den Vorsitzenden Med.-Rat Dr. Unruh anläßlich seines 25jährigen Jubiläums als Medizinalbeamter seines Wismarischen Bezirkes.

I. Kreisarzt und Feuerbestattung. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Dugge, Kreisarzt und Privatdozent in Rostock:

Entkleidet man die ganze Frage der Feuerbestattung ihrer politischen, ethischen, religiösen Gewandung, kurz alles dessen, was jetzt polemisch im Vordergrund steht, und betrachtet sie in rein nüchterner, medizinischer Beleuchtung, so muß man dazu kommen, zu erklären:

1. In gesundheitlicher Beziehung ist sie einwandfrei; aber ihre Einführung braucht aus gesundheitlichen Interessen nicht besonders gefördert werden, da die Nachteile der Erdbestattung bei ordentlichem Betriebe (was wesentlich ist!) nicht so groß sind, daß an ihre Stelle die Feuerbestattung treten müßte. Die Verwendung der Feuerbestattung bei Massensterben (Epidemien, Feldzüge) ist theoretisch zunächst bestechend, wird aber technisch ihre großen Schwierigkeiten haben.

2. In gerichtsärztlicher Beziehung sind, sofern die Feuerbestattung so sorglos ausgeführt wird, wie jetzt die Erdbestattung, sehr erhebliche Bedenken zu äußern. Unter den Kautelen aber, wie sie die neueren Vorschriften wohl aller Bundesstaaten fordern, schwinden diese Bedenken; durch die dann allgemein werdende genauere Erforschung aller plötzlichen Todesfälle ist vielmehr wahrscheinlich eine Besserung gegen den jetzigen Zustand zu erwarten.

II. Einrichtung der Isolierbaracken in kleinen Krankenhäusern. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Buschmann, Kreisarzt in Gnoien.

Bei der Bedeutung der Krankenhäuser für die Bekämpfung der epidemischen Krankheiten sind auch für die Kleinstädte zweckmäßig eingerichtete Isolierhäuser zu fordern, die bei aller Hygiene nicht eine gewisse Behaglichkeit vermissen lassen, so daß das Publikum Vertrauen zu ihnen hat. Soll bei kleinen Betrieben das Isolierhaus völlig getrennt vom Haupthause liegen? Schwierigkeiten für das Personal, Annehmlichkeiten für die Kranken lassen Verbindung durch gedeckten, evtl. heizbaren Gang wünschenswert erscheinen. Möglichster Schutz vor Uebertragungen wird durch einen Raum geschaffen, in dem sich der Gang erweitert und der vor allem eine zur Benutzung einladende Waschvorrichtung, dann Garderobe und Abwäsche enthält. Eventuell ist dieser Raum auch für Tracheotomien zu gebrauchen. Die Hauptregeln der fortlaufenden Desinfektion, in monumentalen Lettern gedruckt, können hier dem Personal stets seine Pflichten vor Augen führen.

III. Erfahrungen über Alkoholversuche bei Geisteszustandsprüfungen. Der Berichterstatter, Med.-Rat Dr. Stephan, Kreisarzt in Güstrow, berichtet über seine Erfahrungen mit Alkoholversuchen bei Geisteszustandsprüfungen an Untersuchungsgefangenen, deren verbrecherische Handlungen angeblich im Zustand alkoholischer Bewußtseinseinengung begangen sein sollten zwecks Festsfellung der Richtigkeit von Angaben, daß schon geringe Mengen von Alkohol geeignet seien, die Betreffenden in einen schwer krankhaften psychischen Zustand zu versetzen.

Die Versuche können naturgemäß dem Alkoholgenuß in der Freiheit

nicht entsprechen; denn der Prüfling wird veranlaßt, Alkohol zu sich zu nehmen, wenn er vielleicht gar nicht besonders Neigung zum Genuß empfindet; der Zwang des Gefängnisses stört auch in gewissem Maße die Wirkung. Immerhin lassen sich jedoch manche gerichtsärztlich interessante Resultate erzielen.

Die Menge des gereichten Alkohols in Form von Bier und Schnaps war verschieden; jugendliche Personen erhielten durchschnittlich weniger als Erwachsene und auch bei diesen muß individualisiert werden. Ganz kleine Dosen erzeugten bei unserer einheimischen Bevölkerung keine beachtlichen Ergebnisse; gemeiniglich kamen Gaben nicht unter 100 Gramm in 8—10 Stunden zur Verwendung; auch höhere Quanten mußten öfter in Anwendung gezogen werden, sollten deutliche geistige Veränderungen wahrgenommen werden.

Von größter Wichtigkeit ist zunächst die Feststellung des gewöhnlichen Geisteszustandes durch möglichst eingehende Intelligenzprüfungen und weiter, daß der Untersuchte sich zur Vornahme des Experiments bereit erklärt; auch die Gerichtsbehörde wird zweckmäßig benachrichtigt, um allen etwaigen möglichen Weiterungen vorzubeugen, wenn nicht schon von dieser Seite, wie es mir wiederholt vorgekommen ist, der Auftrag zur Vornahme des Versuchs angeordnet wurde.

Als nützlich hat sich erwiesen, den zu Untersuchenden kleine Geschichten zu erzählen, sie ihn wiederholen zu lassen und das Ergebnis vor der Alkoholzuführung sich aufzuschreiben, nach dem Alkoholgenuß, z. B. nach dem Frühstück mit zwei Flaschen Bier und einem Weinglas voll Schnaps sich dieselbe Geschichte aufs neue vortragen zu lassen und später am Abend, etwa nach weiterem Alkoholgenuß noch einmal.

Bei Alkoholikern brachten Gaben von 150—200 g Alkohol oftmals keine Wirkung hervor; Jugendliche reagierten schon vielfach bei kleinen Dosen mit Uebelkeit und Erbrechen, die physischen Symptome verrieten hier schon die Intoleranz gegen das süße Gift. Zweifelhafte Epileptiker bekamen rudimentäre Anfälle, auch bei Hysterikern sind sie mir aufgefallen; besonders aber reagierten Psychopathen schon auf geringe Gaben in auffallender Weise: das Nacherzählen kleiner Geschichten war sehr ungenau, die Pointen der Witze wurden vergessen und nicht selten verlor sich die gesamte Produktion in ein sinnloses Gefasel; deutliche Schwächezustände traten hervor, die ohne Alkohol nicht bemerkbar waren.

Der Alkoholversuch hat auch für den Gerichtsarzt seinen großen Wert; er ist in einer psychiatrischen Anstalt zwar leichter und einfacher als in Gefängnissen anstellbar, jedoch keineswegs hier unmöglich, wenn das Aufsichtspersonal vorher genügend belehrt wird. Irgend welche Schädigungen der Untersuchten bei den Experimenten habe ich in meiner über sechsjährige Praxis nicht beobachtet, wohl aber manchen Nutzen vom Alkoholversuch gehabt, wenn es sich darum handelt, Angaben der Gefangenen auf ihre Richtigkeit zu prüfen oder mir gekommene Zweifel zu zerstreuen und zu richtiger Würdigung des Falles zu gelangen.

IV. Ueber den Wert der jetzigen Desinfektionsmaßnahmen im Lichte der neueren Forschungen. Der Berichterstatter, Med.-Rat Dr. Unruh, Kreisarzt in Wismar, beabsichtigte die diesjährige Versammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Aachen zu besuchen und in der heutigen Tagung des Medizinalbeamtenvereins ein Referat über den dort von dem Erlanger Hygieniker Heim gehaltenen Vortrag über dieses Thema zu erstatten. Weil es ihm aus äußeren Gründen nicht möglich war diese seine Absicht auszuführen, muß er sich beschränken an der Hand der von Heim über das Thema aufgestellten Leitsätze kurz seine persönlichen Ansichten darüber mitzuteilen. Er hofft dadurch eine Aussprache über diese hochaktuelle Frage anzuregen und damit nach der einen oder andern Richtung ihre Klärung zu fördern.

Redner hebt zunächst hervor, daß die Vorschriften über die Ausführung der Desinfektion im wesentlichen aus einer Zeit stammen, wo man dem Krankheitskeime enthaltenden Luftstaub eine sehr erhebliche Bedeutung für die Verbreitung der übertragbaren Krankheiten zuschrieb, und darum hauptsächlich gegen diese gerichtet sind, während wir heute wissen, daß die direkte und

indirekte Berührung mit dem Kranken meist wichtiger ist, und daß auch die gesunden Bazillenträger bei der Verbreitung ansteckender Krankheiten eine Rolle spielen können.

Daß bei der heutigen Handhabung der Desinfektion auch noch nicht genügend Rücksicht auf die Lebensbedingungen der Krankheitserreger genommen wird, erhellt u. a. daraus, daß bei der epidemischen Genickstarre die Desinfektion mit Formalindämpfen vorgeschrieben ist, während wir doch wissen, daß ihre Erreger auserhalb des Körpers überall nur ganz kurze Zeit am Leben bleiben.

Weiter weist Redner auf die recht große Schwierigkeit hin, die oft in der Praxis die Frage nach dem Zeitpunkt, wann desinfiziert werden soll, macht. Man ist sich zwar heute darüber einig, daß dies erst geschehen soll, wenn der letzte Keimträger von seinen Keimen frei geworden ist. Praktisch ist es aber namentlich auf dem Lande oft sehr schwer festzustellen, wann dies der Fall ist. Wer soll die Kosten der wiederholten Entnahme von Untersuchungsmaterial tragen, und wer soll diese Proben mitnehmen? Wie lange sollen erkrankt gewesene Kinder vom Schulbesuch ferngehalten werden, wenn die Wohnung nicht desinfiziert werden konnte, weil ein Hausgenosse, der überall nicht krank gewesen ist, noch Bazillenträger ist. Redner führt einige Beispiele an, die ihm nach dieser Richtung in der letzten Zeit sogar bei der Diphtherie, wo doch die Verhältnisse verhältnismäßig einfach liegen, Kopfzerbrechen machten.

Weit schwieriger als bei der Diphtherie liegen die Dinge aber beim Scharlach, vor allen Dingen weil wir seinen Erreger nicht kennen, weiter aber auch wegen der langen Dauer und der Leichtigkeit seiner Uebertragbarkeit. Redners persönliche Ueberzeugung geht deshalb dahin, daß mit der üblichen Desinfektion bei Scharlach selten ein wirklicher Nutzen geschaffen wird. Er führt für diese seine Ansicht ebenfalls Beispiele aus der Praxis an. Ganz ähnlich wie beim Scharlach liegen die Verhältnisse bei einigen anderen Krankheiten, beispielsweise bei den Masern und dem Keuchhusten.

Auch Heim ist, wie aus den von ihm aufgestellten Leitsätzen ersichtlich,[1]) der Ansicht, daß die Formaldehydräucherung vielfach in überflüssiger Weise oder mit nur teilweisem Erfolg angewendet wird. Ihr Erfolg ist fraglich, wenn die in dem Laboratoriumsversuch ermittelten Bedingungen nicht streng durchgeführt werden können, wie bei mangelhafter Verteilung der Formaldehydwasserdämpfe im Raum, bei ungenügender Abdichtung, wenn die zu desinfizierenden Sachen nicht übersichtlich frei geordnet werden können, wenn Kästen, Schränke, Schubladen überfüllt sind, wenn der Inhalt vorher vom Eigentümer auch nur zum Teil weggeräumt wurde, und wenn ein einzelner Desinfektor einer zu großen Aufgabe gegenübersteht. Berücksichtigenswert ist ferner, daß die Formaldehydräucherung mit Störungen im Haushalt, manchmal sogar mit Härten verbunden ist und darum nicht selten Mißstimmung gegen die Desinfektionsmaßnahmen erzeugt.

Heim fordert darum, daß die durch die Formaldehydräucherung leider mit der Zeit fast verdrängte Reinigung mit heißem Seifenwasser und Sodalösung wieder zu ihrem Rechte kommt, weil er sie für das einfachste Mittel hält, Krankheitserreger von Böden, Möbeln, Gardinen, Wäschestücken, Fenstern, Türen, Klinken usw. zu entfernen, bei Verwendung von Wärmegraden über 60° sogar zu vernichten. Stoffe, die eine solche Reinigung nicht vertragen, sowie mit Auswurfsstoffen der Kranken erheblich beschmutzte Stellen sollen mit Desinfektionsmitteln behandelt werden, die man aber hinreichend viele Stunden lang und in genügender Menge einwirken lassen muß: Diese Scheuerarbeiten sollen aber nicht dem Desinfektor auferlegt, vielmehr nur unter seiner Aufsicht ausgeführt werden.

In einem weiteren Leitsatz fordert Heim, daß man von Forderungen absehen soll, die in Wirklichkeit nicht erfüllt werden, wie das Vorbinden eines angefeuchteten Schwammes vor den Mund und Nase während der Desinfektion, Waschen des Bartes und des Gesichtes mit Lysol- oder gar Sublimatlösung, was sogar Arzt und Pfleger, die mit dem Kranken in direkte Berührung kommen, wohl in den seltensten Fällen tun.

---

[1]) Siehe nachstehend S. 215.

Weiter bespricht Redner die laufende Desinfektion am Krankenbett, deren Ausführung leider wohl fast überall noch viel zu wünschen übrig läßt. Von der Durchführung der Heimschen Forderung, die Pfleger und Pflegerinnen nicht bloß über die nötigen Desinfektionsmaßnahmen am Krankenbett, sondern auch über aseptische Maßnahmen zur Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten zu unterrichten, verspricht er sich aber aus dem Grunde keinen durchschlagenden praktischen Erfolg, weil bei der ärmeren Bevölkerung, wo die fortlaufende Desinfektion am laxesten gehandhabt zu werden pflegt, nur verhältnißmäßig selten Pfleger und Pflegerinnen in Funktion treten. Zudem leistet gerade bei denjenigen Krankheiten, bei denen die Formalindesinfektion unbefriedigende Resultate gibt, wie beim Scharlach, auch die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett relativ am wenigsten.

Zum Schluß verwahrt sich Redner dagegen, daß er der Aufhebung der jetzt geübten Desinfektionsmaßnahmen das Wort reden wollte. Er hält den Zeitpunkt hierfür noch nicht gekommen, empfiehlt aber dringend, auch den sonstigen zur Verhütung der Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten erforderlichen Maßnahmeu die gebührende Aufmerksamkeit zuzuwenden, und vor allen Dingen auf möglichst strenge Durchführung der fortlaufenden Desfektion am Krankenbett sowie auf sorgfältige mechanische Reinigung der infizierten Wohnungen zu drängen.

V. Med.-Rat Dr. Elfeldt, Kreisarzt in Gadebusch berichtet über eine **Entscheidung des Großh. Ministeriums betr. Zuziehung des Kreisarztes zur Leichenschau,** die mehr lokales Interesse hat und deshalb hier nicht näher mitgeteilt zu werden braucht.

An die wissenschaftliche Sitzung schloß sich ein Abendessen, an dem sich zu Ehren ihres Kreisarztes, Med.-Rats Dr. Unruh, eine erfreuliche Anzahl praktischer Aerzte aus dem Bezirk Wismar beteiligten.

Dr. Dugge-Rostock.

Bericht über die 38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Aachen am 17., 18., 19. und 20. September 1913.

Die Versammlung erfreute sich trotz Aachens Lage im äußersten Westen der Monarchie und Breslaus diesjähriger alles beherrschender Zugkraft einer regen Beteiligung. Auch ausländische Städte, wie Brünn, Brüssel, London, Zürich hatten ihre Vertreter entsendet. Die Leitung der Verhandlungen ruhte in der bewährten Hand des Oberbürgermeisters a. D. Dr. Fuß in Kiel.

An dem gut besuchten Begrüßungsabend des 16. Septembers machte ein Lichtbildervortrag des Direktors des statistischen Amtes in Aachen die fremden Gäste mit den Sehenswürdigkeiten der alten Kaiserstadt bekannt.

Erster Sitzungstag, Mittwoch, den 17. September.

Nach Erledigung der üblichen Begrüßung und Erstattung des Geschäftsberichts sprach

I. Prof. Dr. Gastpar-Stuttgart über **die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter.** Die vom Referenten aufgestellten Leitsätze lauteten in ihrer vorgelegten Fassung wie folgt:

„1. Nach den Ergebnissen der Statistik und der Pathologie ist das Kindesalter bis zum 16. Jahr das Alter der Tuberkuloseinfektion und der latenten Tuberkulose.

2. Die im Kindesalter vorkommende Tuberkulose zeigt wesentlich andere Erkrankungsformen als die des erwerbstätigen Alters. Die Tuberkulose des Kindesalters ist die Frühform, die des erwerbstätigen Alters die Spätform derselben Krankheit.

3. Die Bekämpfung der Tuberkulose im erwerbstätigen Alter kommt deshalb zu spät. Sie ist erst dann aussichtsvoll, wenn sie schon im Kindesalter einsetzt, da sie sich hier noch direkt gegen die Ursachen der Infektion und später der Erkrankung wenden kann.

4. Die einzelnen Maßnahmen des Kampfes sind:

a) Verhütung der Infektion durch Vernichtung des Ansteckungsstoffes, durch Isolierung der Ansteckenden in Wohnung oder Krankenhaus, durch Entfernung der Gefährdeten aus der kranken Umgebung.

b) Gesundung latenter Tuberkulosefälle durch Maßnahmen zur Kräftigung kränklicher Kinder, z. B. Erholungsheime, Walderholungsstätten, Waldschulen etc.

c) Durchführung des Heilverfahrens bei den Erkrankten in eigenen Kinderheilstätten.

5. Um die Organisation der Bekämpfung planmäßig zu betreiben, sind außerdem besondere Einrichtungen und Organe nötig. Diese sind:

a) die allgemeine Anzeigepflicht bei Erkrankungs- und Todesfällen an Tuberkulose, sowie bei Wohnungswechsel;

b) die Einrichtung einer ärztlichen Ueberwachung des Kindesalters, also insbesondere Einführung eines geordneten Schularztdienstes und Ausdehnung desselben auf die vorschulpflichtigen Kinder. Ueberwachung des Kost-Pflegekinderwesens;

c) Zentralisation des Kampfes in den Fürsorgestellen für Tuberkulose. Zu wünschen wäre die Angliederung der Wohnungsinspektion an die Fürsorgestellen.

6. Die entstehenden Kosten sind vom Staat und Gemeinde unter tunlichster Heranziehung der Krankenkassen und Versicherungsanstalten zu tragen."

In der sich lebhaft gestaltenden Diskussion wies Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel-Berlin darauf hin, daß die Leitsätze in ihrer Fassung zu der irrigen Auffassung führen könnten, daß die Bekämpfung der Tuberkulose im erwerbstätigen Alter zu spät einsetze, Bedenken, die der Referent später in seinem Schlußwort anerkannte und zu deren Beseitigung eine redaktionelle Aenderung für die demnächstige Drucklegung in Aussicht stellte. Weiterhin betonte Prof. Dr. Uhlenhuth-Straßburg i. Els., daß man die Durchseuchung der Kinder mit Tuberkulose nicht zu tragisch nehmen dürfe; die Bekämpfung der Tuberkulose sei im Kindes- wie im erwerbstätigen Alter mit gleicher Energie aufzunehmen. Auch Liebermeisters Feststellungen von kreisenden Tuberkelbazillen im Blute dürften keinen Pessimismus über die Aussichten der Tuberkulosebekämpfung erzeugen, da ihre Richtigkeit nach den bisherigen Ergebnissen seiner Nachprüfungen sehr in Zweifel zu ziehen sei. Auf die Schwierigkeit, die allgemeine Anzeigepflicht der Tuberkuloseerkrankungen durchzuführen, wies besonders Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel hin und hielt ihre Durchführbarkeit nur für die manifeste offene Tuberkulose möglich; unter keinen Umständen dürfe sie einen statistischen oder vexatorischen Charakter haben. Der erste Bürgermeister von Guben führte Klage über die geringe Mitarbeit eines großen Teils der Aerzteschaft auf dem Gebiet der Fürsorgebestrebungen wegen Befürchtung materieller Einbußen. Prof. Dr. Tjaden-Bremen erklärte die Zahl der vorhandenen Krankenhäuser als viel zu gering für den Kampf gegen die Tuberkulose, wandte sich gegen deren zu hohe Bau- und Betriebskosten und sprach auf Grund seiner Erfahrungen der Einrichtung von billigen Luft- und Sonnenbädern sehr das Wort. Oberbürgermeister Holle-Essen beklagte den Mangel gesetzlicher Handhaben, um ihre Familien gefährdende Tuberkulöse zwangsweise in Krankenhäuser isolieren zu können. Hesse-Berlin hob den sozial-hygienischen Kampfcharakter der Tuberkulosefürsorgestellen hervor und verlangte bei der Auswahl von Haltefrauen genaue Feststellungen über etwaige tuberkulöse Erkrankungen bei ihnen selbst und in ihren Familien. Einstimmig gelangte schließlich folgende Resolution Geh. Rats Dr. Abel zur Annahme:

„In Anbetracht, daß die Bekämpfung der Tuberkulose eine der wichtigsten Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege ist, immer neue eingehende Maßnahmen nötig macht und mit allen Kräften gefördert werden muß, spricht der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege den dringenden Wunsch aus, daß Reichs- und Staatsverwaltung zur Unterstützung des Kampfes

gegen die Tuberkulose möglichst hohe Geldmittel alljährlich in den Etat einstellen."

II. Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der Müllverbrennung. Referent: Oberingenieur Sperber-Hamburg. Die Leitsätze, die wie bei allen anderen Referenten nicht zur Abstimmung bestimmt waren, lauteten:

„1. Es ist Pflicht jeder Stadtgemeinde, für eine einwandfreie Unschädlichmachung des Kehrichts Sorge zu tragen.

2. Dieser Pflicht wird in vollkommenster Weise genügt durch Verbrennen des Kehrichts.

3. Finanzielle Erwägungen dürfen nicht ausschlaggebend sein bei der Entscheidung über die Einführung der Kehrrichtverbrennung."

In der Aussprache vertrat Schreber-Berlin die Ansicht, daß die Müllverbrennung nicht die einzig möglich einwandfreie Beseitigung des Mülls sei, auch völlig (?) staubfreie Abfuhr wie in Berlin genüge. Außerdem würden durch die Verbrennung große wirtschaftliche Werte dem Nationalvermögen entzogen, während die Aussortierung diese Werte nutzbar mache. Prof. Dr. Tjaden-Bremen bezweifelte, daß die Verbrennung allein allen hygienischen Anforderungen genüge und wandte sich gegen die übertriebene Wertung des Mülls als Infektionsträger. Die Forderungen des Referenten seien päpstlicher als der Papst. Prof. Dr. Nietner-Berlin sprach auch der Sortierung des Mülls und dem Dungwert des Feinmülls das Wort.

Nachdem am Nachmittage gruppenweise die neue städtische biologische Kläranlage und Müllverbrennungsanstalt, die städtische Schwimm- und Badeanstalt und das Thermalbad „Kaiserbad" sowie das Landesbad der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, eine neue Volksschule, das Elisabethkrankenhaus, Parkanlagen, industrielle Anlagen u. a. m. besichtigt worden waren, versammelte die meisten Teilnehmer mit ihren Damen ein Festessen im Ballsaale des Kurhauses. Die Beteiligung war eine sehr zahlreiche, die Stimmung eine vorzügliche.

Zweiter Sitzungstag, Donnerstag, den 18. September.

III. Abwässerbeseitigung bei Einzel- und Gruppensiedelungen. Der Referent, Prof. Dr. Thumm-Berlin, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Die Abwasserbeseitigung der außerhalb einer im Zusammenhange gebauten Ortschaft belegenen Einzel- oder Gruppensiedelungen — z. B. eines Wohnhauses, einer Oberförsterei, eines Hotels, einer Heilstätte, eines Truppenübungsplatzes, einer Arbeiterkolonie, einer Gartenstadt — bedarf der gleich sorgfältigen hygienischen und technischen Durchbildung, wie die Abwasserbeseitigung ganzer Städte und Ortschaften. Die richtige Lösung der Abwasserbeseitigung ist von wesentlichem Einfluß auf die Entwicklung vieler Siedelungen und ist deshalb ebenso wichtig, wie diejenige der übrigen, bei einer Siedelung außerdem noch zu berücksichtigenden Einzelfragen.

2. Die Beseitigung der bei Einzel- und Gruppensiedelungen anfallenden festen und flüssigen Abgänge ist teils schwieriger, teils leichter als diejenige bei Städten und Ortschaften. Sie ist schwieriger, wo, wie in vielen Fällen, mit Aufwendung verhältnismäßig geringer Mittel hygienisch einwandfreie Lösungen gefunden werden müssen; sie ist leichter, wo bei reichlich vorhandenen Landflächen die Beseitigung der festen Abgänge keine Schwierigkeiten bereitet, und nur die Abwässer zu reinigen sind.

3. Die Abschwemmung der Fäkalien in unterirdische Entwässerungskanäle und ihre Ableitung zusammen mit den übrigen Abwässern eines Haushaltes zu einer Abwasserreinigungsanlage stellt die hygienisch beste Art der Abwasserbeseitigung für Einzel- und Gruppensiedelungen dar. Beim Vorhandensein einer Wasserleitung ist sie auch die einzige auf die Dauer wirklich befriedigende Lösung.

Die Einleitung in die für die Hausabwässer vorgesehenen Entwässerungsleitungen ist nicht immer die beste Beseitigungsart für die Beseitigung größerer Mengen Wäschereiabwässer oder anderer gewerblicher Abwässer. Für eine sachgemäße Lösung der Abwasserfrage kann es unter Umständen geboten sein,

diese Abwässer für sich zu beseitigen. Ihr Schicksal wird im allgemeinen bestimmt durch die Art der mit Rücksicht auf die Reinhaltung der Vorflut zu wählenden Reinigungsanlage.

4. Bei den großen gesundheitlichen Vorteilen, die das Wohnen in Einzel- und Gruppensiedelungen mit sich bringt, kann bei der Regelung der Abwasserfrage im Bedarfsfalle — z. B. mit Rücksicht auf die Entwicklung einer Siedelung — in einzelnen Punkten ein hygienisches Mindestmaß zugelassen werden; die für die Abwasserbeseitigung gewählten Einrichtungen müssen dann aber erweiterungsfähig sein und dürfen insbesondere den späteren Ausbau vollkommener Einrichtungen, die von vornherein zu ermitteln sind, nicht aufhalten.

5. Die Errichtung sog. „Hauskläranlagen", die gelegentlich zur Lösung der Abwasserfrage von Siedelungen empfohlen werden, ist für Einzelsiedelungen die beste Lösung. Sie kann auch bei Gruppensiedelungen, bei denen auf Jahre hinaus eine nach einheitlichen Gesichtspunkten geregelte Entwässerung nach Lage der besonderen Verhältnisse noch nicht durchzuführen ist, hier und da gestattet werden. Die ausgedehnte Anwendung derartiger Einrichtungen ist aber hygienisch und praktisch gleich ungeeignet und ist deshalb zu bekämpfen.

6. Die Gesichtspunkte für die Entwässerung einer Siedelung (Mischsystem, Trennsystem oder Trennsystem mit beschränkter Regenaufnahme), die zweckmäßigsten und hygienisch befriedigendsten Arten der Beseitigung der Fäkalien und der anderen flüssigen und festen Abgänge und die beste Art der Durchbildung der Reinigungsanlage und ihr vorteilhaftester Betrieb sind im übrigen für die Bedürfnisse der Praxis ausreichend klar gestellt. Der Schwerpunkt der richtigen technischen Lösung für die Abwasserbeseitigung bei Einzel- und Gruppensiedelungen liegt deshalb in der geschickten Anwendung bekannter Tatsachen auf den einzelnen Fall."

In der sich anschließenden Diskussion bezeichnete Generaloberarzt a. D. Prof. Dr. Jäger-Coblenz die biologische Klärung mit Schwemmkanalisation und Berieselung als die einzige gute Abwässerbeseitigung, die Dungwerte nicht verloren gehen lasse. Er berichtete auch von den vorzüglichen Erfolgen der Bekämpfung der Mückenplage in der Umgebung von Kläranlagen durch Anlage von Vogelschutzgehegen. Professor Dr. Schottelius-Freiburg i. Breisgau empfahl ganz besonders das Untergrund-Berieselungsverfahren; seine Erfolge seien aber abhängig von guter Vorreinigung, ausreichender Luftzufuhr und ausreichend großem Gelände. Nicht ohne Widerspruch blieb die Ansicht des Ober-Med.-Rats Dr. v. Scheurlen-Stuttgart, daß auch gut konstruierte und sorgsam überwachte Hauskläranlagen einwandsfrei arbeiteten. Die von Badearzt Dr. Krone-Sooden angeschnittene Frage der Abwässerbeseitigung in Kur- und Badeorten beantwortete Geh. Rat Dr. Abel-Berlin dahin, daß ein deutscher Ausschuß für gesundheitliche Einrichtungen in Kur- und Badeorten die Regelung der Abwässerfrage tatkräftig in die Hand genommen habe, aber ebenso wie bei den Ansprüchen an Komfort auch hierbei eine Abstufung zulässig sein dürfte. So viel ärztliche Kontrolle werde jetzt auch in den kleinsten Badeorten ausgeübt, daß grobe hygienische Mißstände nicht mehr zu befürchten seien. In seinem Schlußwort betonte der Referent noch einmal, daß es im allgemeinen ernstlich zu widerraten sei, für Provisorien zum Schaden definitiver Regelung der Abwässerbeseitigung große Geldmittel zu verschwenden.

IV. Ueber den Wert der jetzigen Desinfektionsmaßnahmen im Lichte der neueren Forschungen. Der Referent, Prof. Dr. Heim-Erlangen, hatte seine Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt:

„1. Durch die zunehmende Erfahrung über das Vorkommen von sog. Keimträgern und Ausscheidern haben sich die Bedingungen für die Vornahme und die Ausführung von Desinfektionen geändert.

2. Die übertragbaren Krankheiten werden weniger durch krankheitskeimhaltigen Luftstaub verbreitet, als vielmehr durch Berührung, teils unmittelbar, teils mittelbar mit Nahrungs-, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, ferner mit den namentlich aus Mund und Nase stammenden keimhaltigen Tröpfchen, in Ausnahmefällen durch tierische Parasiten, z. B. indische Pestflöhe u. a.

3. Die Staubgefahr ist verschieden zu bewerten, je nachdem die Krankheitskeime die Trocknung unter natürlichen Verhältnissen Wochen oder Monate hindurch aushalten oder in kürzerer Zeit zu Grunde gehen, je nach dem Orte, wo sich der Staub befindet, und nach seiner Lage.

4. Mit dem Wohnungsstaub lassen sich die Krankheitserreger durch feuchtes Aufnehmen entfernen. Die dabei anfallenden Abwässer mit Desinfektionsmitteln zu versetzen, erscheint in den meisten Fällen unnötig. Wenn eine feuchte Wegnahme des Staubes nicht oder nicht vollkommen möglich ist, z. B. bei senkrechten Flächen (Wänden), bleibt es der ärztlichen Entscheidung für den einzelnen Fall überlassen, ob man ihn ruhen lassen und die darin enthaltenen Keime dem freiwilligen Absterben unter dem Einfluß des Lichtes und der wechselnden Feuchtigkeit überlassen, oder ob man auch noch Formaldehyd anwenden soll.

5. Die Formaldehydräucherung wird vielfach in überflüssiger Weise oder mit nur teilweisem Erfolge angewendet. Sie ist unnötig, wenn die in Frage stehenden Krankheitserreger außerhalb des Körpers und im trockenen Zustande nur kurze Zeit am Leben bleiben, wie bei der Genickstarre. Ihr Erfolg ist fraglich, wenn die im Laboratoriumsversuch ermittelten Bedingungen nicht streng durchgeführt werden oder nicht eingehalten werden können, wie bei mangelhafter Verteilung der Formaldehydwasserdämpfe im Raum, bei ungenügender Abdichtung, bei Vorhandensein vieler Undichtigkeiten; ferner, wenn das Desinfektionsgut nicht übersichtlich frei angeordnet werden kann, wenn Kästen, Schränke, Schubladen überfüllt sind, wenn der Inhalt vom Eigentümer vorher auch nur zum Teil weggeräumt worden ist, etwa um die Durchstöberung seines Eigentums in seiner Abwesenheit zu vermeiden, und wenn ein einzelner Desinfektor einer zu großen Aufgabe gegenübersteht.

Die Formaldehydräucherung ist mit Unbequemlichkeiten und Störungen im Haushalt, manchmal sogar mit Härten verbunden, und dann geeignet, Mißstimmung und Abneigungen gegen Desinfektionsmaßnahmen überhaupt zu erzeugen. Das geschieht um so leichter, als ein Erfolg niemals zu erkennen ist und unter ungünstigen Verhältnissen in der Praxis auch nicht gewährleistet werden kann.

6. Die übermäßige Anwendung von unangenehm riechenden und stark giftigen chemischen Desinfektionsmitteln in einem Wohnraume ist zu vermeiden.

7. Die Reinigung mit warmem Seifenwasser und warmer Sodalösung durch Aufwaschen und Scheuern, Abwischen, Einlegen, Waschen in der im Haushalte üblichen Weise mit heißem Seifenwasser ist als das einfachste Mittel anzusehen, um Krankheitserreger von Böden, Möbeln, Gardinen, Wäschestücken, Fenster, Türen, Klinken usw. zu entfernen; bei Verwendung höherer Wärmegrade (von 60° ab) sogar zu vernichten, Stoffe, die höherer Wärmegrade (von 60° ab) nicht vertragen, ferner mit Auswurfstoffen des Kranken erheblich beschmutzte Stellen sind mit Desinfektionsmitteln zu behandeln, die man hinreichend viele Stunden lang und in genügender Menge einwirken lassen muß. Siehe auch unter Nr. 11.

8. Scheuerarbeiten sollen nicht dem Desinfektor auferlegt werden. Die Reinigung werde durch besondere Personen unter Aufsicht des Desinfektors ausgeführt, der dann Zeit und Ruhe hat, die Auswahl zu treffen, welche Gegenstände einer chemischen oder physikalischen Desinfektion zu unterwerfen sind, oder bei welchen das Abwaschen mit Wasser und Seife genügt.

9. Dabei ist von Forderungen abzusehen, die in Wirklichkeit und ernstlich nicht erfüllt werden können, wie Vorbinden eines angefeuchteten Schwammes vor Mund und Nase vor und während der Arbeit, Waschen des Bartes und Gesichtes mit Lysol- oder gar Sublimatlösung nachher u. a. m., was der mit dem Kranken selbst in Berührung kommende Pfleger oder Arzt auch nicht zu tun pflegt.

10. Die fortlaufende Desinfektion ist hauptsächlich in die Hände der berufsmäßigen Pfleger zu legen, die nicht bloß in desinfektorischer, sondern auch in aseptisch-vorbeugender Hinsicht zu unterrichten sind.

11. Für die Schlußdesinfektion ist die Zeit erst gekommen, wenn der letzte Keimträger von seinen Krankheitskeimen frei geworden ist. Für sie

bleibt als hervorragendstes Mittel die Desinfektion mit gesättigtem Wasserdampf von der Temperatur des siedenden Wassers, allenfalls mit Zuleitung von Formaldehyddämpfen unter vermindertem Druck.

Die Einführung von Vakuum-Formaldehydapparaten ist in größeren Betrieben unumgänglich notwendig. Die Ermittelungen über die Keimträger und Ausscheider gehören zu den Aufgaben der bakteriologischen Untersuchungsanstalten, die als staatliche Institute für größere Bezirke eingerichtet werden sollen.

12. Es wird sich empfehlen, Desinfektionsmittelpunkte zu errichten, in denen nicht bloß die großen Apparate vorhanden, sondern auch die einheitlich geschulten Desinfektoren unter einer Oberleitung angestellt sind. Dieser Oberleitung wären auch die in den einzelnen Gemeinden befindlichen Desinfektoren zu unterstellen, die jetzt noch für sich, meistens ohne Aufsicht arbeiten und sich nur einer zeitweiligen Prüfung durch den beamteten Arzt zu unterziehen haben. Die Oberaufsicht über die Desinfektionsanstalten und ihr Personal, sowie dessen Ausbildung würde am besten den staatlichen bakteriologischen Untersuchungsanstalten zugewiesen."

In der Diskussion gab Kreisarzt Dr. Beintker-Düsseldorf seinen Bedenken gegen die Zuziehung von Scheuerfrauen Ausdruck, desgleichen Prof. Dr. Czaplewski-Cöln, der die verhältnismäßig geringe Staubgefahr gegenüber der Tröpfeninfektion unterstrich, an die Aufnahme infektiöser Stoffe durch die Haut, an die Insekten Infektionsträger erinnerte und neben den guten Erfolgen der Formaldehyd-Desinfektion für die häufigere Anwendung der Vakuum-Staubabsaugung eintrat. Die Formalinvakuumapparate seien für die kleinen Gemeinden noch zu teuer. Die Anzeigepflicht müsse strenger durchgeführt werden. Besonders wichtig sei die gesetzliche Regelung der Keimträgerfrage. Von verschiedenen Diskussionsrednern — Prof. Dr. Uhlenhuth-Straßburg i. Els. und Stadtarzt Dr. Oebbecke-Breslau — wurde die überwiegende Wichtigkeit der Desinfektion am Krankenbett hervorgehoben. Christian-Schöneberg sprach über die sog. automatische Desinfektion durch Kupfer und seine Legierungen und ihre Nutzbarmachung. Dr. Mayer-München erachtete die Aufstellung von Vakuum-Formalinapparaten nur in größeren Zentralen mit ausreichenden und geschulten Personal für zweckmäßig; die geeignetste Größe der Apparate sei die von 3 bis 4 Kubikmeter, während die Systeme zur Zeit ganz gleichwertig seien. Prof. Dr. Uhlenhuth sprach über die aussichtversprechenden Forschungen der inneren Keimfreimachung und trat warm für die Formaldehyddesinfektion ein. Sehr bemerkenswert waren auch die Mitteilungen von Prof. Dr. Schottelius-Freiburg i. Breisgau über geruchlose Chlor-Kresoldesinficentia. Gegenüber dem vom Referenten in seinen Leitsätzen zum Ausdruck gelangenden Pessimismus, dem unter anderen auch Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover Ausdruck gab, klang wahrhaft befreiend das Schlußwort von Prof. Dr. Gärtner-Jena, dem die Majorität der Anwesenden mit unverhohlener Befriedigung zustimmte. Gärtner tadelte die zutage getretene pessimistische Auffassung, erinnerte an die errungenen Erfolge, warnte vor zu hoch gespannten Forderungen. Unbeschadet der Wichtigkeit der laufenden Desinfektion und ihrer notwendigen weiteren Verbesserung dürfte die Schlußdesinfektion nicht als quantité négligeable behandelt werden.

Der Nachmittag wurde wiederum Besichtigungen gewidmet; der Abend verlief sehr harmonisch im Kurhause, in dem für die durch des Wetters Ungemach vereitelte Illumination des Eisenbrunnens Rezitationen und Gesangsvorträge von Mitgliedern des Stadttheaters sehr beifällig aufgenommenen Ersatz boten.

Dritter Sitzungstag, Freitag, den 19. September.

V. Am letzten Verhandlungstage hielt Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. v. Gruber-München seinen mit allgemeiner Spannung erwarteten Vortrag über **die Bedeutung des Geburtenrückganges für die Gesundheit des deutschen Volkes.** Die Erwartungen der zahlreichen Zuhörerschaft wurden nicht enttäuscht. An der Hand ausgesucht instruktiven und alle Schönfärberei vernichtenden statistischen Materials bewies v. Gruber, daß sich das deutsche Volk nicht erst am Vorabend der seine Existenz bedrohenden Abnahme der Nationalität befinde, sondern bereits inmitten dieses verderblichen Vorganges stehe. Es sei die allerhöchste

Zeit in die Speichen dieses Schicksalsrades zu greifen. Kleine und zersplitterte Anstrengungen seien machtlos. Nur zielbewußtes großzügiges Vorgehen, dessen vis a tergo das Wiedererwachen des Verantwortungsgefühls für die Erhaltung der Gattung an Stelle des jetzt uns beherrschenden Zweckmäßigkeitsprinzips für das Individuum bilde, verspreche noch einige Aussicht auf Erfolg.

Die tief durchdachten, von sittlicher Begeisterung und Nationalgefühl getragenen Ausführungen hatte der Referent in folgenden Leitsätzen zusammengefaßt:

„1. Der seit mehr als 30 Jahren wahrnehmbare, neuerdings immer auffallender werdende Rückgang der ehelichen Geburten im Deutschen Reiche ist in der Hauptsache willkürlich durch die nunmehr auch in den breiten Schichten des Volkes immer allgemeiner geübte Verhinderung der Empfängnis herbeigeführt.

Einen gewissen, nicht genauer zu bestimmenden Anteil an dem Geburtenrückgang dürfte auch infolge des Anwachsens der Städte die in diesen stärker als auf dem Lande verbreiteten Uebel der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholismus haben, welche physische Unfruchtbarkeit zu bewirken vermögen.

2. Die willkürliche Beschränkung der Kinderzahl nimmt mehr und mehr die verderbliche Form des sog. „Zweikindersystems" an, welches das deutsche Volk zunächst mit wirtschaftlichem und politischem Stillstand, dann Rückschritt, endlich mit dem Aussterben in absehbarer Zeit bedroht.

3. Die außerordentlich geringe, völlig unzureichende Fruchtbarkeit in den Klassen der Besitzenden und Höhergebildeten erweckt die Sorge eines noch rascheren Versiegens des Nachwuchses an Hochbegabten, zur Führung auf den verschiedenen Gebieten des Staats- und Gesellschaftslebens Befähigten, für das Gedeihen der Masse Unentbehrlichen.

Ursachen der willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl.

4. Die Grundlagen dieser Erscheinung bilden unsere wertvollsten Errungenschaften: die Ausbreitung und Vertiefung der Volksbildung, die Zunahme des Nationalreichtums und der politische und wirtschaftliche Aufstieg der breiten Volksmassen.

5. Auf diesen Grundlagen wächst einerseits die Einsicht in den streng gesetzmäßigen Verlauf des gesamten Naturgeschehens und die Kenntnis der unerläßlichen Bedingungen für Gesundheit und wirtschaftliches Gedeihen der einzelnen Individuen und einzelnen Familien, anderseits aber auch ein zügelloser theoretischer und praktischer Individualismus, die Ueberschätzung von materiellem Besitz und Genuß als Lebensgüter und die damit zusammenhängende anscheinend unhemmbar fortschreitende Steigerung der Lebensansprüche, der Lebenshaltung.

6. Insbesondere die letztgenannte geistige Richtung kommt notwendigerweise in tödlichen Widerstreit mit der Kindererzeugung.

7. Zu den einer ausreichenden Kindererzeugung gefährlichsten Auswüchsen des Individualismus gehört das Ideal der sog. Frauenemanzipation mit ihrer Geringschätzung des Mutterberufes.

Weite in gleichem Sinne wirkende Einflüsse sind:

8. Die nicht seltene Scheu der Arbeiterfrau vor Kindern und größeren Haushaltspflichten, welche in ihrer völligen Unkenntnis in der Haushaltung und Kinderpflege begründet ist; eine Folge der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit der jungen Mädchen.

9. Die mit der Erzeugung, Aufzucht und Erziehung von Kindern schier unverträgliche außerhäusliche Erwerbstätigkeit der verheirateten Frau in ihren heutigen Formen.

10. Die fortschreitende Ausschaltung der Kinder als Erwerbsquelle, als Beitragende zum elterlichen Haushalt und als Altersversorger der Eltern.

11. Die städtische Wohnnot, welche nicht selten der kinderreichen Familie überhaupt kein Obdach übrig läßt.

Mächtig beschleunigt wird die Bewegung:

12. durch die immer kühner auftretende Propaganda des Neomalthusianismus und

13. durch den immer schwunghafter aufblühenden und immer kapitalkräftiger werdenden Handel mit Antikonzeptionsmitteln.

Bekämpfung des Zweikindersystems.

14. Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist durchaus unfähig, den Geburtenausfall des Zweikindersystems auszugleichen.

Es ist höchste Zeit, sich der weiteren Entwickelung des Zweikindersystems mit aller Kraft entgegenzustemmen Staat und Volk müssen alles daran setzen, um sich einen, mindestens zur unverminderten Erhaltung der Volkszahl genügenden Nachwuchs völlig sicherzustellen.

15. Aus nationalökonomischen, kulturellen und rassenhygienischen Gründen muß die gesetzlich vorgeschriebene monogame Dauerehe die Grundlage der Kindererzeugung bleiben.

16. Bei den heutigen Sterblichkeits- und Konstitutions-Verhältnissen der Bevölkerung ist es für die Erhaltung der Volkszahl auf ihrer jetzigen Höhe notwendig, daß die fruchtbaren und zur Erzeugung gesunder und tüchtiger Nachkommen geeigneten Ehepaare i. M. mindestens je 3 Kinder großziehen.

17. Das weitaus wichtigste Hindernis für die Erreichung dieses Zieles ist die Steigerung der Lebenshaltung, welche von allen Bevölkerungsschichten ungestüm verlangt wird und für die breiten Schichten der Besitzlosen tatsächlich nur durch enge Beschränkung der Kinderzahl in ausgiebigem Maße erreichbar ist.

Insofern die Erfüllung dieser Ansprüche für die Gesundheit und Erziehung des Nachwuchses notwendig ist, müssen sie erfüllt werden, ohne Scheu von der Größe der wirtschaftlichen Opfer, die sie der Gesamtheit auferlegen.

18. Die öffentliche Hilfe muß zugleich im allgemeinen derartig eingerichtet werden, daß die von der Gesamtheit zu bringenden Opfer nicht allein die Menge, sondern auch die Güte des Nachwuchses sichern, d. h. daß dadurch die rassenhygienisch gewissenhafte Gattenwahl und die Vermehrung der rasssenhygienisch wertvollen Individuen begünstigt, die der minderwertigen gehemmt wird. Dies ist dadurch erreichbar, daß überall die wirtschaftliche Mitarbeit der Familien verlangt und die Gewährung gewisser wichtiger Hilfe an bereits vollbrachte generative Leistungen bezw. an die gute Qualität der Kinder geknüpft wird. Es wäre völlig unsinnig, unterschiedslos für die Vermehrung Aller, der brauchbaren wie der unbrauchbaren Varianten, solche große Opfer zu bringen.

Hauptmaßregeln.

19. Zu dem wichtigsten, was geschehen muß, gehört, daß überall in umfassender Weise für die breiten Schichten des Arbeiter- und Mittelstandes Familien-Heimstätten geschaffen werden, welche der Kinderaufzucht günstig sind. Förderung des gemeinnützigen Kleinwohnungsbaues bei weiträumiger Verbauung, Bau von Einfamilienhäusern, Dezentralisation der Bevölkerung durch innere Kolonisation und gartenstädtische Siedlungen; alles auf Grund eingreifender Bodenreform.

20. Unentbehrlich ist die Gewährung von Erziehungsbeiträgen für solche Ehepaare, bezw. überlebende Eltern, die eine gewisse Mindestzahl (nach vorläufiger Schätzung etwa 3) lebender und gesunder Kinder erzeugt haben, für diese Mindestzahl während der ganzen Zeit der Aufzucht bis zum 14., in verminderter Höhe etwa auch bis zum 21. Lebensjahre. Die Höhe der Beiträge ist so zu bemessen, daß sie nur einen

Bruchteil der Aufzuchtkosten (z. B. ein Drittel) decken, aber der „Normal-Familie" doch annähernd die gleichen Lebensbedingungen gestatten, wie der zu kinderarmen.

Die Gewährung dieser Erziehungsbeiträge hätte sich bis hoch in den Mittelstand hinauf zu erstrecken, damit die Vermehrung der begabtesten und daher völkisch wertvollsten Familien nicht zurückbleibt. Z. B. müßten den Offizieren statt ihnen das Heiraten und damit die Erzeugung von Nachwuchs durch die Forderung hoher Kautionen zu erschweren, beides durch die Aussicht auf entsprechende Erziehungsbeiträge und durch Familienversicherung erleichtert werden.

21. Die Erzeugung einer genügenden Anzahl gesunder und tüchtiger ehelicher Kinder muß als das anerkannt werden, was es ist, als der wertvollste und dauerhafteste Dienst gegenüber Staat und Nation. Dies wird in der wirksamsten Weise geschehen, wenn dem Elternpaare bezw. dem überlebenden Elter, welches die erforderliche Mindestzahl oder mehr Kinder von normaler und sozial vollwertiger Beschaffenheit bis zur Volljährigkeit aufgezogen hat, von einem gewissen Alter (z. B. vom 50. oder vom 60. Jahre an) eine Elternpension gewährt wird, welche wirtschaftlich ins Gewicht fällt und einen gewissen Ersatz bietet für den Entgang der Zinsen jenes Kapitals, das bei geringerer Kinderzahl hätte erspart werden können.

22. Auch durch Zuerkennung von bürgerlichen Ehren müssen die Eltern von kinderreichen Familien ausgezeichnet werden. Von größtem Nutzen für das gesamte Staatsleben wäre es zugleich, wenn z. B. dem Vater von 3 und mehr normalen selbstaufgezogenen Kindern über 14 Jahren bei allen öffentlichen Wahlen zwei oder mehr Stimmen zuerteilt werden. Der sozial wertvollste Teil des Volkes würde dadurch einen maßgebenden Einfluß auf die Verwaltung der öffentlichen Dinge gewinnen. Eheliche Mütter von 3 und mehr normalen selbstaufgezogenen Kindern müßten ohne Unterschied des Standes gesetzlichen Anspruch auf einen Ehren-Titel bei der Anrede z. B. „Fraumutter" statt „Frau" erhalten, welche das öffentliche Bewußtsein wach hält, daß der höchste Beruf und das größte soziale Verdienst der Frau die Mutterschaft ist.

Ebenso wichtig wie die Befriedigung der berechtigten Lebensansprüche ist die Zurückdämmung der unberechtigten, die aus übermäßigem Wohlstande erwachsen.

23. Die gewaltigen Summen, welche für die Sicherung eines ausreichenden und guten Nachwuchses erforderlich sind, wären zum Teil durch eine Sonderbesteuerung der Ledigen, der kinderlosen und kinderarmen (1 Kind) Ehepaare, sowie der Militäruntauglichen aufzubringen.

Ein anderer Teil würde aus Besteuerung der Erbschaften fließen, deren Höhe nach der Zahl der Leibeserben abgestuft werden und besonders ausgiebig das Erbe von Ledigen und Kinderlosen, ferner die Vererbung außerhalb der Deszendenz treffen müßte. Weitere Beträge wären aus Luxus- und Vergnügungssteuern zu gewinnen, sowie aus einer ausgiebigen Besteuerung des arbeitslosen Renteneinkommens überhaupt. Endlich wäre eine obligatorische Familienversicherung einzurichten, welche allen ehelichen Müttern eine gewisse über die jetzigen Leistungen der Rentenversicherungsordnung hinausgehende Unterstützung für die letzte Zeit vor der Geburt und für die Stillzeit gewährt.

24. Eine über den Rahmen der jetzigen Bestimmungen hinausgehende Unterstützung der unehelichen Mutter ist verwerflich, weil der Erzeugung von unehelichen Kindern soviel als möglich vorgebeugt werden muß. Zum Unterhalt der unehelichen Mutter und ihres Kindes wäre mit größter Strenge der uneheliche Vater zu zwingen.

25. Durch die vorgeschlagenen Besteuerungen würden bis zu einem gewissen Grade zugleich die krankhaften Suchten: Vermögen anzuhäufen, in Luxus und Genüssen zu schwelgen, die Ansprüche an die Lebenshaltung ins Unbegrenzte zu steigern, eingedämmt werden. Es würde dadurch die sittliche Gesundung von innen heraus angebahnt werden, die Neubildung einer wahrhaft staatsbürgerlichen Gesinnung, die freigewollte Unterordnung der Wünsche des einzelnen unter das Wohl der Gesamtheit und die Rückkehr

zu einfacheren Lebensgewohnheiten; Maximen, die den einzig geeigneten Mutterboden für echte Kultur bilden und allein das dauernde gesunde Leben eines Volkes ermöglichen.

Nebenmaßregeln.

26. Die Propaganda für das Zweikindersystem ebenso wie

27. Herstellung, Verkauf und Anpreisung der lediglich zur Verhinderung der Konzeption bestimmten Mittel sind zu unterdrücken.

28. Die Beihilfe zur Abtreibung der Leibesfrucht ist drakonisch zu bestrafen. Jene Fälle, wo der ärztliche Eingriff angezeigt ist, sind wissenschaftlich genau festzusetzen und unter wirksame, sachverständige Kontrolle zu stellen.

Bekämpfung der physischen Unfruchtbarkeit und der schlechten Keimbildung.

29. Bekämpfung der Tuberkulose.

30. Bekämpfung des Alkoholismus.

31. Ausrottung der Geschlechtskrankheiten durch frühzeitige und gründliche allgemein leicht zugängliche Behandlung aller Erkrankungsfälle und allgemeinen Gebrauch des Kondoms (und anderer etwa geeigneter besonderer Schutzmittel) beim außerehelichen Geschlechtsverkehr.

Es ist die Hoffnung berechtigt, daß durch die Anwendung der gegen das Zweikindersystem vorgeschlagenen Maßregeln, Verminderung der Zahl der Junggesellen, Erniedrigung des Heiratsalters, Besserung der Wohnungsverhältnisse, Verringerung des Einkommens der Jugendlichen, Stärkung der Festigkeit des Familienverbandes, Wiederbelebung des Pflichtgefühls und damit eine starke Verminderung der Häufigkeit des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, des Huaptverbreiters der Geschlechtskrankheiten, erreicht werden könnte."

Dem nachhaltigen tiefen Eindruck, den Grubers Ausführungen auf die Zuhörer gemacht hatte und der für einen wissenschaftlichen Vortrag ganz ungewöhnliche Beifallskundgebungen entfesselte, gab der Vorsitzende noch in längerer Ausführung Ausdruck. Von einer eigentlichen Diskussion konnte kaum noch die Rede sein, weil jeder Bedenken trug durch geringfügige Abweichungen von den Leitsätzen oder Ergänzungen den Nachhall des Gehörten zu stören. Nur der von Med.-Rat Dr. Riedel-Lübeck gemachte Vorschlag, die anwesenden Leiter der größeren Gemeinwesen möchten hinsichtlich der Besoldung mit der Scheidung der Beamten in ledige, verheiratete und kinderreiche vorgehen, fand ungeteilten Beifall. Geh. San.-Rat Krabbells-Aachen gegen die Empfehlung des Kondoms vorgebrachten Widerspruch wies Gruber sehr richtig mit der realen Tatsache zurück, daß das Kondom in dem kaum je zu beseitigenden außerehelichen Verkehr das einzige Mittel zur Verhütung venerischer Infektion sei. Als Gleichsmann-Guben die Frauenbewegung zur Mitarbeit im Kampf gegen den Geburtenrückgang herangezogen wissen wollte, erklärte Gruber mit besonderer Betonung, daß er die Mitarbeit der emanzipierten Frau nach seinen Erfahrungen energisch ablehnen müsse; als die idealste Aufgabe der Frau sehe er die Mutterschaft an, der nichts von alle dem, was die Männer täten, auch nur entfernt an die Seite gestellt werden könnte. Auch der energischen Bekämpfung der Landflucht als wirksames Mittel zur Hebung der Geburtenzahl wurde gedacht.

Am Nachmittage des dritten Verhandlungstages wurden die wunderbar schön gelegenen städtischen Genesungsheime besichtigt; am Abend vereinigte eine Festvorstellung im Stadttheater — Kienzels Kuhreigen — einen großen Teil der Versammlungsteilnehmer.

Sonnabend wurde ein gemeinschaftlicher Ausflug, an dem sich noch 105 Personen beteiligten, nach dem einem Dornröschen vergleichbaren einzig schön gelegenen Städtchen Montjoie in der Eifel gemacht.

Die 38. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege kann auf eine in allen Teilen auf das beste gelungene Tagung zurückblicken. Es bleibt nur noch nachzuholen, daß die Stadt Aachen jedem Teilnehmer neben kleineren Druckschriften, die vornehmlich Aachen als Badestadt

betrafen, auch eine sowohl inhaltlich wie in ihrer äußeren Gestaltung wertvolle Festschrift „Die Gesundheitspflege in Aachen" überreichen ließ.

Dr. Schwabe-Aachen.

Bericht über den IV. Deutschen Kongress für Säuglingsschutz in Breslau am 18. und 19. September 1913.

Berichterstatter: Dr. Rott-Berlin.

Erster Verhandlungstag am Donnerstag, den 18. September.

Der IV. Deutsche Kongreß für Säuglingsschutz fand am 18. und 19. September im Gebäude der Hermannsloge in Breslau unter dem Vorsitz des Kammerherrn Dr. v. Behr-Pinnow und später des Wirklichen Geheimen Rats Exzellenz Dr. Lingner-Dresden statt. Der Kongreß war von den zuständigen Behörden und den Organisationen der Mutter- und Säuglingsfürsorge zahlreich beschickt.

Eröffnung und Begrüßung.

Der Vorsitzende eröffnete um 10¼ Uhr den Kongreß und begrüßte die erschienenen Vertreter. Er wies besonders darauf hin, daß der diesjährige Kongreß auf historisch bedeutungsvollster Stätte stattfinde, und sprach den Wunsch aus, daß gerade deshalb die Verhandlungen von besonderer Bedeutung für die Weiterentwicklung des Säuglingsschutzes sein mögen. Vor 100 Jahren, wo unser Volk außerordentlich arm war, wo die hygienischen Verhältnisse gegenüber den heutigen jeder Beschreibung spotteten, war die Säuglingssterblichkeit doch nicht größer, wie die zu Anfang dieses Jahrhunderts. Die veränderten Verhältnisse stellen größere Anforderungen an unsere Frauen und Mütter; deshalb muß auf die Bildung und Belehrung der Frau eine ganz besondere Sorgfalt verwendet werden. Unter dem Hinweis, daß Ihre Majestät die Kaiserin den Säuglingsschutzbestrebungen stets besonderes Interesse entgegengebracht habe, brachte er auf Kaiser und Kaiserin ein dreifaches Hoch aus.

Sodann begrüßte er im einzelnen die erschienenen Vertreter der Regierungen und der Organisationen zum Schutze des Säuglings.

Geh. Reg.-Rat Dr. Wutzdorff, Direktor im Kaiserlichen Gesundheitsamt, dankte als Vertreter des Reichskanzlers im Namen des Reiches. Die Reichsverwaltung schätze die Bestrebungen und Arbeiten der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz hoch als wirksames Mittel, die deutsche Volkskraft zu erhalten und zu fördern. Den Bestrebungen dieser Vereinigung sei es unter anderem zu danken, wenn die Säuglingssterblichkeit in Deutschland, die bereits eine bedauerliche Höhe erreicht hatte, in letzter Zeit abgenommen habe.

Geh. Med.-Rat Dr. Krohne, vortragender Rat im preuß. Ministerium des Innern, begrüßte die Versammlung im Namen des Herrn Ministers des Innern und der sonst auf dem Kongreß vertretenen Bundesregierungen. Die preußische Medizinalverwaltung habe von jeher den Standpunkt vertreten, daß es nicht richtig ist, wenn man, um einen gesunden Nachwuchs zu erzielen und zur Besserung der Verhältnisse beizutragen, erst im fortgeschrittenen Jugendalter oder im schulpflichtigen Alter mit diesen Maßnahmen beginne, sie müßten vielmehr schon in dem Augenblick einsetzen, wo das Kind in die Welt eintrete. Vieles sei in den letzten 10 Jahren seitens der preußischen Medizinalverwaltung in dieser Beziehung geleistet worden. Den Kreisärzten sei die Säuglingsfürsorge als besonders wichtiges Gebiet überwiesen worden. Auch von den Gemeinden sei auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge geradezu Hervorragendes geleistet worden. Immerhin bleibe noch viel zu tun übrig, und von diesem Standpunkte aus begrüße die preußische Medizinalverwaltung die Arbeiten der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz als unentbehrliches Hilfsmittel.

Oberlandesgerichtspräsident Wirkl. Geh. Rat Dr. Vierhaus, Exzellenz, der vom preußischen Justiminister beauftragt worden ist, dem Kongresse beizuwohnen: Wenn vor 50 Jahren eine Versammlung zur Beratung der Säuglingsfrage zusammengetreten wäre, hätte man geglaubt, den Juristen dabei entbehren zu können. Das ist von Grund aus anders geworden. Man hat erkannt, daß Gesetzgebung und Rechtsprechung sich ganz den sozialen Bedürfnissen anzu-

passen haben. In diesem Sinne mag der Richter berufen sein, aus den Bestrebungen der Deutschen Vereinigung die Schlüsse zu ziehen und zu lernen im Interesse eigener Aufgaben.

Oberbürgermeister Matting begrüßte den Kongreß im Namen der Stadt Breslau, die immer bestrebt gewesen sei, auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge etwas zu leisten.

Kommerzienrat Cohrs spricht im Namen und Auftrage der Preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz sowie der sonst auf dem Kongreß vertretenen Landeszentralen für Säuglingsschutz. Die Landeszentralen haben sich stets mit lebhaftem Interesse und regem Eifer an den Arbeiten der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, besonders an den Kongressen, beteiligt. Sie sind sich dessen bewußt, welche Bedeutung der gemeinschaftlichen Arbeit und der Zusammenfassung der großen Fragen in den Säuglingsschutzbestrebungen beizumessen ist. Redner geht noch näher ein auf die Beziehung der Industrie und des Handels zum Säuglingsschutz und versichert für sich und seine Berufsgenossen, daß von dieser Seite die Bestrebungen, in Erkenntnis ihres hohen Wertes für die Erhaltung der Arbeitskraft des deutschen Volkes stets nach Kräften gestützt und gefördert werden würden.

K. u. K. Geh. Rat Erbgraf von und zu Trauttmansdorff, Exzellenz, spricht im Namen des österreichischen Säuglingsschutzes. In Oesterreich würden die Arbeiten in Deutschland mit lebhaftem Interesse verfolgt.

Geh. San.-Rat Dr. Körner, Vorsitzender der Aerztekammer der Provinz Schlesien, ist als Vertreter der schlesischen Aerzteschaft erschienen. Er betont, daß die Aerzte immer bereit sein würden, nicht nur durch individuelle, sondern auch durch praktische Maßnahmen die Bestrebungen zu fördern.

Landesrat v. Petersdorff spricht im Auftrage des Vorstandes des Verbandes des Vaterländischen Frauen-Vereins, als Vertreter des Breslauer Armenpflegerinnen-Vereins und der Kinderschutzvereinigung, sowie des Hauptausschusses für Säuglingsschutz in Schlesien und für die sonst erschienenen Organisationen der Säuglings- und Mutterfürsorge. Er übermittelt die Grüße Ihrer Königlichen Hoheit der Erbprinzessin von Sachsen-Meiningen, die zu ihrem Bedauern am Kongreß nicht teilnehmen könne. Der Vaterländische Frauen-Verein hat seit dem Herbst letzten Jahres die Funktion einer Provinzialhauptstelle für Säuglingsschutz in Schlesien übernommen. Die Organisation ist also noch ganz jung, um so wertvoller und wichtiger ist es, daß der Kongreß für Säuglingsschutz schon so bald in Schlesien tagt.

Sodann wird folgendes Telegramm an Ihre Majestät die Kaiserin und Königin abgesandt:

„Eurer Majestät der Kaiserin und Königin bitten die zum IV. Deutschen Kongreß für Säuglingsschutz aus allen Teilen Deutschlands Versammelten alleruntertänigsten Huldigungsgruß senden zu dürfen. Eurer Majestät stets bekundetes hohes Interesse an der Säuglings-, Kleinkinder- und Mutterfürsorge im Deutschen Reich hat das Interesse weitester Kreise für unsere Arbeiten geweckt und gehoben, und wir bitten Eure Majestät, auch weiter unsere Tätigkeit für das Aufwachen eines an Geist und Körper gesunden deutschen Geschlechts mit gnädiger Anteilnahme begleiten zu wollen.

(gez.) v. Behr-Pinnow,
Kongreßvorsitzender."

Als erster Verhandlungsgegenstand steht auf der Tagesordnung:

I. Geburtenrückgang und Säuglingsschutz.

a. Das erste Referat hatte Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Julius Wolf-Berlin übernommen. Durch eine plötzliche Erkrankung war er am Erscheinen verhindert. Er hatte jedoch sein Referat eingesandt, das durch den Schriftführer Dr. Rott-Berlin zum Vortrag gebracht wird:

Die Geburtenziffer geht in Deutschland seit den siebziger Jahren und zwar in immer steiler werdender Kurve zurück, ein Zeichen dafür, daß die Einschränkung der Geburten zunehmend breitere Volksschichten ergreift. Für die Ehen der oberen Klassen ist das Zweikindersystem beinahe schon Regel, aber auch bei den gelernten Arbeitern findet bereits eine Regulierung der Geburten statt. Die Verminderung der Kinderzahl in der Ehe ist sowohl für

den Haushalt, als für die Person der Frau von Vorteil, da weniger Esser den Lebensstand der Eltern weniger beeinflussen und auch weniger an der Gesundheit der Mutter zehren. Auf dem Lande nur können Kinder unter Umständen ein gewisses Kapital darstellen.

Es ist nicht anzunehmen, daß der Geburtenrückgang in Zukunft einen Stillstand erfährt. Die zu ergreifenden Maßregeln werden lediglich die Steilheit der Kurve mildern können. Eine Geburtenpolitik, die den Rückgang der Geburtenziffer zu verlangsamen sucht, ist Gebot der nationalen Selbsterhaltung. Nur der Politik aber wird Erfolg beschieden sein, die mit dem rationalistischen Argument, als einer mit der modernen Aufklärung verbundenen Tatsache, rechnet. Nur

1. eine vielseitig privilegierte Behandlung des Familienvaters bei der Gehaltsbemessung, Steuerbemessung, Pflichtenbemessung etc., die mit starken und auffälligen Mitteln arbeitet, kann hier etwas wirken. Daneben kommt als
2. eine Gruppe von Mitteln im Interesse größeren Bevölkerungsüberschusses die Möglichkeit in Betracht, Kinder, welche bereits geboren sind, möglichst am Leben zu erhalten, — Säuglings- und Kinderschutz — sowie
3. eine Gruppe von Mitteln, um, wo Geburten gewünscht werden, die Hindernisse der Hervorbringung aus dem Wege zu räumen — Bekämpfung der die Sterilität begünstigenden Geschlechtskrankheiten —.

Von diesen Mitteln ist wenigstens eine Verlangsamung des Geburtenrückganges zu erwarten. Eine Qualitätsverschlechterung als Folgeerscheinung bei Anwendung der vorgeschlagenen Mittel ist nicht wahrscheinlich. Jedenfalls ist die Politik der Verlangsamung der Geburten besser als ein völliges Gehenlassen.

b. Als zweiter Referent spricht zum gleichen Thema Prof. Dr. Langstein-Berlin: Medizinische Gründe für den Geburtenrückgang, wie Rassendegeneration, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, lassen sich mangels sicheren Materials nicht beibringen. Als wesentlicher Grund der Erscheinung bleibt lediglich die gewollte Beschränkung der Kinderzahl. Eine Beseitigung oder Einschränkung dieses Umstandes wird, wenn überhaupt, nur durch Maßnahmen auf wirtschaftlichem Gebiete zu erreichen sein. Auf sozialhygienischem Gebiete kann und muß als Gegenmittel eine erhöhte Mutter- und Säuglingsfürsorge gefordert werden. Als Einwendungen können lediglich erbracht werden: Die erhöhte Sterblichkeit in kinderreichen Familien, die auslesende Wirksamkeit der Säuglingssterblichkeit im Darwinschen Sinne, die bisher fehlende günstige Einwirkung der Säuglingsfürsorge auf die Sterblichkeitsziffern im Reiche. Die Gründe sind scheinbare und können widerlegt werden.

So bedeutungsvoll die statistisch nachgewiesene Tatsache der erhöhten Säuglingssterblichkeit in kinderreichen Familien ist, so können praktische Folgen aus ihr erst hergeleitet werden, wenn die Gründe des größeren Sterbens einwandfrei dargelegt sind. Eine Reihe wichtiger Fragen, so nach den Gründen der Gefährdung dieser Kinder, sowie nach der Notwendigkeit des erhöhten Sterbens, nach der konstitutionellen Anlage der betroffenen Kinder, harren der Beantwortung. Nachforschungen über das Schicksal der Kinder aus kinderreichen Familien haben einwandfrei ergeben, daß das Sterben lediglich von der Art ihrer Ernährung und Pflege abhängig ist. Der Angelpunkt der ganzen Frage ist die Ernährung. Die Brustst illung vermag auch eine große Zahl von Kindern in einer Familie gesund und lebenskräftig zu erhalten. Die Bevölkerung ist darüber zu belehren, daß die verlängerte Laktationsperiode ein Mittel zur Erzielung eines kräftigen Nachwuchses darstellt und nicht als ein Mittel zur Verhütung neuer Schwangerschaft hingestellt werden darf. Auch auf die Gefahr, die dem einzigen Kinde droht, muß hingewiesen werden, ebenso auf das Unzweckmäßige des Zweikindersystems.

Der Beweis gegen die auslesende Wirksamkeit der Säuglingssterblichkeit kann ohne neues Tatsachenmaterial als erbracht angesehen werden.

Frankreich ist ein Beispiel, wie verhängnisvoll es ist, bei dauernd zurückgehender Geburtenziffer der Säuglingssterblichkeit zu geringe Bewertung beizumessen und die Bekämpfung zu spät einzuleiten. Das Zuspät muß in Deutschland vermieden werden. Für die guten Erfolge der Säuglingsfürsorge lassen sich jetzt schon zahlenmäßige Beweise erbringen. Notwendig ist in erster Linie eine Mutterschaftsversicherung großen Stiles.

Diskussion.

Stadtrat Rosenstock-Königsberg i. Pr. weist darauf hin, daß die Kinderzahl um so geringer, je günstiger die Lage der Eltern ist. Das ist für die Beamten der Reichspost- und Telegraphenverwaltung statistisch nachgewiesen. Daraus folgt, daß der Staat sich nicht auf die steuerliche Berücksichtigung der Kinder in den Schichten mit kleinerem Einkommen beschränken darf. Das Beispiel einiger Städte, die ihren Arbeitern Zulagen für jedes Kind gewähren, muß für und durch den Staat verallgemeinert werden: nicht nur für die Arbeiter, sondern auch für die Beamten jeden Ranges; und ebenso eine steuerliche Berücksichtigung der Kinderzahl bei jedem Einkommen, auch den höheren. Zunächst bedarf es einer Statistik, wie der Geburtenrückgang sich sozial und wirtschaftlich schichtet.

Dr. Vigener-Wiesbaden sieht in der bewußten Regelung der Kinderzahl keine Rationalisierung, sondern nur eine Denaturalisierung und daher eine Unsittlichkeit. Die Frage, wieviel Kinder für eine Frau zu viel sind, läßt sich nicht entscheiden. Er fordert für die Eheschließung dringend ein ärztliches Zeugnis, daß gesundheitlich für beide Teile keine Bedenken gegen die Eheschließung bestehen. Ferner verlangt er seitens der Gemeinde und des Staates, daß die kinderreichen Beamten und Angestellten besser gestellt werden, als die kinderarmen und kinderlosen. Vor allem fordert er wahrhaft sittliche Erziehung.

Dr. Recke-Breslau fordert in Ergänzung der Säuglingsfürsorge die Kinderschutzarbeit, um den Bevölkungszuwachs als dauernden Gewinn dem Volke und dem Staate zu erhalten. Er macht Mitteilung über die schlesische Kinderschutzarbeit. Der Kinderschutzverein für Schlesien (Provinzialverband) umfaßt jetzt 1800 Mitglieder in 16 Ortsgruppen.

Dr. Moll-Wien bemerkt, daß analog dem Geburtenrückgang in Deutschland auch in Oesterreich seit den siebziger Jahren ein konstanter Rückgang der Geburten sich bemerkbar macht. Die kleinste Geburtenziffer haben in der österreichischen Reichshälfte die Deutschen, die größte die Ruthenen. Sodann berichtet er über die günstigen Geburten- und Sterblichkeitsverhältnisse in Dalmatien. Die Bekämpfungsmaßnahmen, denen gewiß eine große Bedeutung an dem erfreulichen Rückschritt der Säuglingssterblichkeit zugute kommt, dürfen nicht überschätzt werden. Zur richtigen Wertschätzung wird es noch einiger Zeit intensiver Arbeit bedürfen.

Geh. Med.-Rat Dr. Krohne-Berlin wendet sich gegen die von Geheimrat Wolf aufgestellte Behauptung, daß der Staat der ernsten Frage des Geburtenrückganges anscheinend nicht die gebührende Aufmerksamkeit schenke. Die ganze Diskussion über die Frage ist überhaupt erst durch den vor 1 1/2 Jahren ergangenen preußischen Min.-Erlaß an die nachgeordneten Verwaltungsbehörden über die Ursachen des Geburtenrückganges und die dagegen zu treffenden Maßnahmen eingehende Erhebungen anzustellen, in Fluß gekommen. Die Frage bedarf erst weiterer Klärung, ehe — wenn dies überhaupt möglich sein wird — bestimmte staatliche Maßnahmen getroffen werden können. Einstweilen müssen alle Momente eingehend geprüft werden, vor allem aber sind alle Kreise des Volkes auf die Gefahren eines eventuellen Bevölkerungsrückganges hinzuweisen.

Frau Geh.-Rat Wegner-Breslau stellt drei Forderungen auf, um dem Geburtenrückgang entgegenzutreten: die gesonderte Besteuerung der Ehefrau, die Aufhebung des Zölibats der Beamtinnen und Schutz gegen Ansteckung und Mißhandlung der Ehefrau seitens ihres Mannes.

Dr. Effler-Danzig betont, daß, wie besonders Rösle nachgewiesen hat, die Abnahme der Geburtenzahl die unehelichen Kinder in demselben Maße betrifft wie die ehelichen, eine Minderwertigkeit der Rasse durch relatives Wachstum der unehelichen Kinder also nicht zu befürchten sei. Er pflichtet

dem Referenten bei, daß das einzige Mittel der Erzielung eines Geburtenüberschusses in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit liege. Es gilt, die Meinung von der natürlichen Auslese zu bekämpfen, denn solange Kinder künstlich ernährt werden, gibt es überhaupt keine natürliche Auslese.

Frau Mehl-Charlottenburg fordert das Verbot der Mittel zur Verhütung der Empfängnis und zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

Dr. Tugendreich-Berlin weist in Ergänzung der Ausführungen von Stadtrat Rosenstock auf eine Statistik von W. Abelsdorff über die Kinderzahl der Buchdrucker hin, aus der hervorgeht, daß die Arbeiter in gehobeneren Stellungen weniger Kinder haben als die ungelernten. Das wirksamste Mittel sieht er in einem Umschwung der Welterfassung. Der Kulturstaat China hat sich Jahrtausende erhalten, weil es dort für jeden Mann als eine schwere Sünde gilt, ohne Nachkommen zu sterben.

Primärarzt Dr. Freund-Breslau betont gegenüber dem in gewissen Kreisen geltend gemachten Vorwurf — die Säuglingsfürsorgebestrebungen leisteten der Unsittlichkeit Vorschub und führten so zur Zunahme der unehelichen Geburten — daß die General- und Berufsvormundschaft hier und dort bereits nachweislich zu einer Verminderung der unehelichen Geburtenziffer geführt habe, da sie imstande sei, die Väter durch die Heranziehung zur Unterhalspflicht zu einem gesteigerten Verantwortlichkeitsgefühl zu erziehen.

Die Nachmittagssitzung hatte als Verhandlungsgegenstand:

II. Die Stellung des Arztes in der Säuglingsfürsorge.

a. Als erster Referent spricht Oberpräsidialrat Breyer-Magdeburg. In der Wohlfahrtspflege ist die ärztliche Mitarbeit im allgemeinen von besonderer Bedeutung; besonders die Mutter- und Säuglingsfürsorge bedarf ihrer. Sie muß die Mithilfe der Gesamtheit der Aerzte gewinnen, wobei allerdings die Berufs- und Standesinteressen der Aerzte Berücksichtigung erfordern. Mit Hilfe der Aerzte ist die Säuglingsfürsorge in Deutschland begonnen und durchgeführt worden. Den Aerzten gebührt in der Säuglingsfürsorge eine hervorragende Stellung, deren Umfang vornehmlich von der Organisation bestimmt werden muß. Als Beispiel wird die Organisation der Hauptstelle für Säuglingsschutz in der Provinz Sachsen angeführt, die unter eingehender Beratung von Aerzten gegründet worden ist und in der die Aerzte überhaupt weitgehendst vertreten sind. Dies tritt besonders im Vorstande und in der Aerztekommission zutage. Von den ca. 1000 Mitgliedern der Hauptstelle sind der vierte Teil Aerzte. Die Aerzte sind sowohl praktisch, wie theoretisch tätig. Die Mitarbeit ist in den Provinzial- und Bezirksorganisationen mehr eine organisatorische und wissenschaftliche, in den lokalen Organisationen jedoch eine rein praktische und betrifft vorwiegend die Belehrung der Bevölkerung. Wo besondere Leistungen und Opfer vom Arzt gefordert werden, muß eine angemessene Honorierung gewährleistet werden, wenngleich sich auch Ausnahme und Uebergangsfälle nicht vermeiden lassen werden. In diesen Fällen dürften im Interesse der Ausbreitung der Säuglingsfürsorge Schwierigkeiten von der ärztlichen Standesvertretung nicht gemacht werden.

b. Prof. Dr. Salge-Straßburg i. E. als zweiter Referent bezeichnet die Mitarbeit der Aerzte in der Säuglingsfürsorge als unentbehrlich aus folgenden Gründen:

1. Die Beurteilung der Wohnungshygiene und Lebenshaltung in bezug auf die Möglichkeit, eine normale Entwicklung des Kindes zu erreichen, setzt ärztliche Schulung voraus. Durch Wohnungsinspektorinnen usw. kann diese ärztliche Tätigkeit wohl ergänzt, aber nicht ersetzt werden.

2. Die Unterbringung und Ueberwachung der Kostkinder kann nur unter ärztlicher Aufsicht stehen.

3. Anlage und Betrieb von Säuglingsheimen usw. muß nach Grundsätzen erfolgen, die nur durch ärztliche Schulung richtig beurteilt werden können.

4. Die Tätigkeit des Arztes ist selbstverständlich unentbehrlich bei der Beratung der Mütter, bei dem Betriebe von Fürsorgestellen.

5. In der Säuglingsfürsorge ist die rechtzeitige Behandlung erkrankter Säuglinge nicht zu entbehren, die selbstverständlich nur durch den Arzt erfolgen kann.

6. Erkennt man die Notwendigkeit der ärztlichen Mitarbeit in der Säuglingsfürsorge an, so muß man fragen, ob die Aerzte die hierfür notwendige Ausbildung besitzen. Diese Frage ist für einen sehr großen Teil der Aerzte zu verneinen.

7. Bei der Ausbildung der Aerzte fehlt ein genügender Unterricht in der Physiologie und Pathologie des Kindes — und besonders des Säuglingsalters; — es fehlt ferner ein Nachweis der erforderlichen Kenntnisse im Staatsexamen.

8. Es fehlt eine genügende Ausbildung in sozialer Medizin, die dem jungen Arzt ein ausreichendes Verständnis für die Aufgaben der sozialen Fürsorge vermitteln könnte.

9. Zu fordern wäre:

a) zweisemestriges Studium der Kinderheilkunde mit einem Praktikantensemester;

b) Beteiligung der Kinderheilkunde am Staatsexamen in der Art, wie es bei der Psychiatrie geschieht;

c) Weiterbildung der Aerzte durch Fortbildungskurse und vor allem auch durch Wandervorträge in Aerztevereinen, weil es namentlich in ländlichen Bezirken den Aerzten kaum möglich ist, zu Fortbildungskursen zu reisen.

10. Die Mitwirkung der Aerzte in der Säuglingsfürsorge soll vergütet werden, doch ist von ihnen zu verlangen, daß sie Kenntnisse in der Kinderheilkunde nachweisen können.

Diskussion.

Dr. Vigener-Wiesbaden stimmt den Forderungen von Prof. Dr. Salge hinsichtlich der Ausbildung der Aerzte in der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters und in der sozialen Medizin völlig bei. Die Unkenntnis in der sozialen Medizin ist für die meisten Aerzte, namentlich für die in der Armenpflege stehenden, ein besonders fühlbarer Mangel.

Dr. Jessen-Celle bemängelt auf Grund lokaler Vorkommnisse die Ausbildung der Hebammen in der Säuglingspflege durch Gynäkologen und tadelt, daß manchenortes die Säuglingsfürsorge lediglich Kreisärzten und Leitern von Hebammenlehranstalten übertragen wird und nicht ortsansässigen Kinderärzten. Er ersucht die Deutsche Vereinigung für Säuglingschutz um generelle Regelung der Frage, ob die Säuglings- und Kinderfürsorge durch praktisch und besonders geschulte Aerzte oder durch Frauenärzte ausgeübt werden soll.

Landrat Rademacher-Geestemünde betont die Bedeutung der Tätigkeit der Hebamme besonders auf dem platten Lande, wo der Arzt zum Teil wegen der weiten Entfernungen nur in ganz seltenen Fällen zu Entbindungen herangezogen wird und der Einfluß der Hebamme auf die Ernährung und Pflege des Säuglings überwiegend ist. Aus diesem Grunde sei es notwendig, daß auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge die Aerzte mit den Hebammen Hand in Hand gehen. Ferner ersucht er die Aerzte, dort, wo in den Bestimmungen der Krankenkassen Gewährung von Stillgeld an Wöchnerinnen vorgesehen ist, die Mütter darauf hinzuweisen.

Dr. Kluge-Aschersleben wendet sich gegen die Ausführungen von Oberpräsidialrat Breyer. Er betont, daß als einziges brauchbares Mittel, die Bevölkerungszunahme auf einer Höhe zu halten, sich die Bestrebungen für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit erwiesen haben. Er fordert, daß die Aerzte — die berufenen Führer dieser Bewegung — für die dabei zu leistende Arbeit, die eine berufliche ist, ausnahmslos und ausreichend honoriert werden.

San.-Rat Dr. Faust-Dresden stimmt dem Vorredner hinsichtlich der Honorierung der Aerzte zu und erklärt, entgegen Prof. Dr. Salge annehmen zu dürfen, daß der Mangel an pädiatrischen Kenntnissen bei den praktischen Aerzten nicht so groß sei, wie er sie darstelle. Er bemängelt das Wechselvolle der Lehren über Säuglingsbehandlung.

San.-Rat und Stadtphysikus Dr. Roth-Braunschweig bemerkt, daß zu seiner Zeit noch keine Pädiatrie gelehrt wurde, daß dieses Fach aber von einem „Lehrer der inneren Medizin“ — Prof. Dr. Heubner — recht gut vertreten wurde. Aehnliche Verhältnisse sollen doch auch zu anderen Zeiten und an anderen Universitäten bestanden haben und noch bestehen. Wenn er auch durchaus für gute Ausbildung der Studierenden in der Kinderheilkunde sei, so möchte er doch den Eindruck verhüten, als ob die Aerzte früher gewissermaßen als Mörder auf die Säuglinge losgelassen worden seien.

Frau Oberbürgermeister Bender-Breslau, Vorsitzende der Krippengruppe des Breslauer Armenpflegerinnen-Vereins berichtet über das Wirken des Breslauer Armenpflegerinnen-Vereins und betont die Vorteile, die sich aus der Verbindung von solch freiwillig geübter Wohlfahrtspflege mit der amtlichen Autorität und weitgehender Subvention der städtischen Verwaltung ergeben. Sie empfiehlt die Gründung ähnlicher Organisationen an anderen Orten.

Prof. Dr. Thiemich-Leipzig wendet sich gegen die von San.-Rat Dr. Faust auf die moderne Kinderheilkunde und ihren Universitätsunterricht gerichteten Angriffe.

Oberpräsidialrat Breyer (Schlußwort) stimmt Herrn Landrat Rademacher in bezug auf die Mitarbeit der Hebammen zu. Herrn Dr. Kluge erwidert er, daß er auch grundsätzlich die angemessene Honorierung der Aerzte fordere, jedoch in Ausnahme und Uebergangsfällen, d. h. vorübergehende unentgeltliche Hilfeleistungen nicht zu vermeiden seien. Sein Wunsch gehe nur dahin, daß in solchen Fällen bereitwilligen Aerzten von ihrer Standesvertretung keine Schwierigkeiten gemacht werden sollen, da sonst die Entwicklung der Pflegeeinrichtungen zu finanzieller Selbständigkeit und demnach auch zur Zahlungsfähigkeit gegenüber dem Arzte gehindert würde.

Prof. Dr. Salge (Schlußwort) betont, das er nur den Wunsch geäußezt habe, daß alle Aerzte an der Säuglingsfürsorge teilnehmen und dementsprechend ausgebildet werden. Er hat nie daran gezweifelt, daß jeder Arzt die sich nötigen Kenntnisse erwerben könne, fordert jedoch, daß schon den Studenten ausreichende Gelegenheit auf der Universität gegeben werde. San.-Rat Dr. Roth erwidert er, daß er ja gerade den besten Lehrer gehabt hätte, den wir jemals in Deutschland hatten. Den meisten anderen Aerzten wäre es eben nicht so gut gegangen.

Zweiter Verhandlungstag am Freitag, den 19. September.

Vorsitzender: Wirkl. Geh. Rat Dr. Lingner, Exz., Dresden, Schriftführer Dr. Rott-Berlin.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung um 10¼ Uhr und bringt zunächst folgendes Telegramm zur Verlesung:

„Ihre Majestät die Kaiserin haben den Huldigungsgruß der Teilnehmer am IV. Deutschen Kongreß für Säuglingsschutz mit besten Dank entgegengenommen und werden sehr erfreut sein, wenn seine Beratung über die Erforschung der besten Wege für Gesunderhaltung von Mutter und Kind weiter gute Erfolge bringen.“

Im Allerhöchsten Auftrage
von Winterfeld.

Es gelangt dann zur Verhandlung das Referat:

III. Die Rechtsstellung des unehelichen Kindes nach deutschem Recht.

a. Als erster Referent spricht Amtsgerichtsrat Landsberg-Lennep: Das uneheliche Kind wird als minderen Rechts behandelt. Ein wesentlicher Teil der Rechtsnachteile betrifft das Kind stärker als seine Eltern. Bei dem Versuche der Besserung der Rechtslage des unehelichen Kindes ist nicht der Gesichtspunkt der sittlichen Verfehlungen der Eltern maßgebend, sondern lediglich das Interesse des Kindes und das Interesse des Volksganzen, das die Erhaltung der unehelichen Kinder fordert. Das uneheliche Kind darf seinen Eltern gegenüber nicht schlechter gestellt sein, als das eheliche Kind, dessen Vater man das Recht der Sorge für die Person und das Vermögen des Kindes entzogen hat. Die Rechte der Mutter und ihrer Familie sind zu groß, die Pflichten des Vaters und seiner Familie zu gering.

Im einzelnen ist zu fordern: Die Mutter des unehelichen Kindes darf neben dem Vormunde nicht mehr Rechte haben, als die eheliche Mutter neben ihrem Gatten. Das Vormundschaftsgericht müßte imstande sein, ihre Rechte nach Verdienst bis zu demjenigen einer verwitweten ehelichen Mutter zu erhöhen, falls das gleichzeitig im Interesse des Kindes geboten erscheint. Der mütterliche Großvater darf das Privileg eines berufenen Vormundes nicht behalten. Das Gericht mag die relativ wenigen Großväter, die geeignet sind und wirklich etwas leisten, nach Befragung des Waisenrates bestellen dürfen.

Der Vater des unehelichen Kindes müßte für dessen Unterhalt, wie der eheliche Vater, haften. Ehelichkeitserklärungen müßten erleichtert werden. Das Kind muß auch einen Anspruch auf den Namen des Vaters haben, ohne gezwungen zu sein, denselben zu tragen. Die Erziehungspflichten des Vormundes sind bei der Bevormundung unehelicher Kinder zu verstärken. Hilfsbedürftige uneheliche Kinder sind als landarm zu betrachten. Das Erziehungsmaximum als Anspruch gegen Landarmenverband ist gesetzlich zu definieren und festzulegen. Die Alimentenansprüche des unehelichen Kindes sind von Amts wegen durchzusetzen. Die Legitimation für Klagen für das Kind haben bisher die unehelichen Eltern und die sozial arbeitenden Vereine nicht. Dem Vormundschaftsgericht müßte die Befugnis erteilt werden, durch Beschluß dem unehelichen Vater oder dem sozial arbeitenden Verein das Recht zur Vertretung des Kindesinteresses im Spezialfalle zuzusprechen. Diese Befugnisse dürfen nicht anders als mit dem Ziele der Erhaltung und Erziehung des Kindes verwendet werden. Egoistisches Interesse des Vaters oder nebenstrebiges Interesse eines Vereins (Konfession, Partei) muß ausgeschlossen sein; die Lebensführung unehelicher Eltern, die ihre Pflicht nicht erfüllen, muß einer scharfen Kontrolle unterzogen werden.

b. Stadtrat Dr. Koehler-Leipzig spricht als zweiter Referent und behandelt die Materie vom Standpunkte des Verwaltungsbeamten. Nach der Reichsgewerbeordnung ist die Regelung des Zieh- und Haltekinderwesens der Landesgesetzgebung überlassen und hier entweder durch Gesetz oder Polizeiverordnung geregelt. Zunächst und durchgängig erstreckt sich die behördliche Aufsicht auf die Verpflegung fremder Kinder gegen Entgelt, kann aber auch auf die unentgeltlich Untergebrachten ausgedehnt werden. Die Ueberwachung der von der eigenen Mutter verpflegten unehelichen Kinder ist ebenso notwendig. Die Berufsvormundschaft hat besondere Bedeutung für alle unehelichen Kinder. Im Königreich Sachsen sind alle unehelichen Kinder, deren Erziehung amtlich beaufsichtigt wird, unter die gesetzliche Vormundschaft gestellt; im Königreich Preußen fehlt eine gleiche Bestimmung. Als Notbehelf ist in den preußischen Gemeinden vielfach die Sammelvormundschaft eingerichtet.

Die hauptsächlichsten Ziele für die Entwicklung der Berufsvormundschaft sind:

a) Obligatorische Einführung amtlicher Berufsvormundschaften kraft Gesetzes über alle unehelichen Minderjährigen (und nach Befinden auch über einige andere Gruppen von Minderjährigen) in allen Gemeinden über eine gewisse Bevölkerungsziffer;

b) Beschaffung eines besonderen Vormundschaftsrechtes für die Berufsvormundschaft.

Bei der Einzelvormundschaft ist die Konfession des Vormundes von Bedeutung. Bei der gesetzlichen Vormundschaft ist die Konfession des gesetzlichen Vormundes ohne jede Bedeutung. Die Sammelvormundschaft ist eine berufliche Vormundschaft; man wird sie auch wegen der Konfession des Vormundes wie eine gesetzliche Vormundschaft behandeln können.

Eine Hauptaufgabe der Vormundschaft ist die Beschaffung des Unterhaltes für die unehelichen Kinder.

Der Unterhaltanspruch der unehelichen Kinder geht hauptsächlich gegen den außerehelichen Vater und richtet sich nach der Lebensstellung der Mutter. Billiger und zweckmäßiger wäre es vielleicht, daß das Kind berechtigt ist, von beiden Eltern Unterstützungen zu verlangen.

Sehr umstritten ist die sogenannte Exceptio plurium, mit der der außereheliche Vater den Unterhaltsanspruch des Kindes vernichten kann. Ist diese Einrede beizubehalten? Ist sie zu beseitigen? Ist sie etwa mit minderer Wirkung auszustatten? Der Unterhaltsanspruch des unehelichen Kindes soll zwar privilegiert sein, muß aber den Ansprüchen der Haltefrau nachstehen.

Die Einziehung der Unterhaltsbeiträge muß stets durch die Berufsvormundschaft erfolgen, außer wenn die direkte Zahlung des außerehelichen Vaters an die Mutter oder Pflegemutter gesichert ist.

Die Annahme der unehelichen Kinder an Kindesstatt durch den Stiefvater ist zu erleichtern. Ohne Gesetzesänderung ist dies möglich durch die Uebertragung der den Bundesstaaten vorbehaltenen Befreiungsbefugnisse auf die Amtsgerichte und durch möglichst weitgehende Erteilung der Befreiung. Durch die Adoption des unehelichen Kindes verliert die Mutter mit Recht und Pflicht der Sorge auch die Befugnis zum persönlichen Verkehr mit dem Kinde.

Die Notwendigkeit einer weitgehenden Fürsorge für die unehelichen Kinder ist hervorzuheben.

Diskussion.

Pastor Pfeiffer-Berlin würde es sehr erfreulich finden, wenn alle Wünsche des ersten Referenten erfüllt werden könnten, hält es aber doch für richtiger, sich mit den Forderungen auf das zu beschränken, was unter den gegebenen Umständen erreichbar erscheint. Er fordert erstens, daß der Vormund eines unehelichen Kindes dieselben Rechte erhält, wie sie dem Vormund eines ehelichen Kindes zugesprochen sind. Dem Vormund soll also auch das Recht der Sorge für die Person des Kindes und damit die Bestimmung über dessen Aufenthalt übertragen werden. Als zweite Forderung hält er auch die Beseitigung der Exceptio plurium im Interesse des Kindes für unbedingt erforderlich. Ohne die Exceptio wird man auf jeden Fall schneller zum Pflegegeld kommen, dessen rechtzeitige Zahlung für eine gedeiliche Entwicklung des Kindes die erste Grundlage ist. Drittens warnt er davor, die Adoptions- und Ehelichkeitserklärung zu erleichtern. Es liegen gerade hier so viel Gefahren vor, daß das Kind in ungeeignete Verhältnisse gebracht wird. Diese wichtigen Personenstandsveränderungen sollen nur einheitlich für das ganze Land durch das Justizministerium geordnet werden.

Stadtrat Rosenstock-Königsberg i. Pr. erklärt sich im wesentlichen mit den Ausführungen der Referenten einverstanden. Er sieht den Grundgedanken für das neue Preußische Gesetz über die Armenpflege und der in dieser Hinsicht vorliegenden Erklärung des Kammergerichts darin, daß das uneheliche Kind gegen den Erzeuger nur eine privatrechtliche Forderung habe, nicht aber ein vom öffentlichen Recht und im öffentlichen Interesse zu schützenden natürlichen Anspruch wie das eheliche Kind. Dieser in weiten Kreisen herrschenden Anschauung — eine Verwirrung sittlicher Begriffe — gilt es entgegenzutreten, um die Rechtsstellung des unehelichen Kindes zu bessern. Sodann fordert er die Abschaffung der Exceptio plurium, die weder Oesterreich noch andere germanische Staaten kennen. Er behauptet, daß die Exceptio Demorilisation auf Seiten des Mannes wie der Frau fördere. Er verlangt, die öffentliche Meinung darüber aufzuklären, daß es unsittlich ist, sich seinen Verpflichtungen gegen das uneheliche Kind zu entziehen, daß die Exceptio diese Unsittlichkeit fördere und daher selbst unsittlich sei.

Geh. Justizrat Amtsgerichtsrat Fränkel-Breslau macht in seiner Praxis als Vormundschaftsrichter dauernd die Wahrnehmung, daß die Väter unehelicher Kinder sich der Erfüllung ihrer Verpflichtungen dem Kinde gegenüber zu entziehen suchen. Für § 361 Nr. 10 St.G.B. wünscht er Hinzufügung der Worte „dies gilt auch von dem außerehelichen Vater". Er hält es für gerechtfertigt, daß der Mutter das Personenfürsorgerecht vom B.G.B. zugesprochen ist, und findet es nicht angängig, dem Großvater das Berufungsrecht als Vormund zu entziehen. Wenn er sich nicht dazu eignet, kann er des Amtes enthoben und ein anderer Vormund bestellt werden.

Amtsgerichtsrat Landsberg (Schlußwort) tritt der vorgebrachten Behauptung, die Erleichterung der Adoption würde der Verschleppung

der Kinder Vorschub leisten, entgegen. Er hält es für zweckmäßig, den Großvater nur dann als Vormund zu bestellen, wenn er der Geeignete ist. Das gleiche gilt für das Sorgerecht der Mutter. Es muß vermieden werden, daß erst eingegriffen wird, wenn bereits eine Schädigung des Kindes erfolgt ist. Das Kind ist die Hauptsache. Im übrigen betont er, daß er in seinem Referat nichts verlangt hat, was nicht in irgendeiner Form in irgendeinem Lande Rechtens war oder ist. Das Geforderte besteht schon in den nordischen Ländern; zum Beispiel erhält in Finnland das uneheliche Kind im Falle der Anerkennung des Erbrechts den Namen des Vaters.

Stadtrat Dr. Koehler (Schlußwort) weist bezüglich der von Pastor Pfeiffer geäußerten Bedenken darauf hin, daß er die Erleichterung und Förderung der Adoptionen nur empfohlen habe, wenn im einzelnen Falle bei eingehender Erörterung aller Verhältnisse sich ergibt, daß die Adoption wirklich zum Nutzen des unehelichen Kindes sei. Die vollständige Beseitigung der Exceptio hält er nach wie vor für bedenklich; zu fordern ist vielmehr im Falle des Einspruchs eine Teilung des Unterhaltsanspruches des unehelichen Kindes, so daß dieses durch die mit Erfolg geltend gemachte Einrede unter Umständen nicht geschädigt würde. Seines Erachtens ist ein Zuvielfordern bei der Geltendmachung neuer Gesetzeesvorschläge gefährlich, weil es leicht einen Gegendruck erzeugt.

Der Kongreß wurde am 19. September, mittags 1 Uhr, mit Worten des Dankes seitens des Vorsitzenden an die Referenten und Diskussionsredner, sowie an die vorbereitende Kommission geschlossen.

Bericht über die Verhandlungen des Royal Institute of public health. Pariser Kongress 1913.

Sektion C.: **Kinderstudium und Eugenie.**[1])

Lucien March, Vorsitzender, Schatzmeister der französischen Gesellschaft: **Eröffnungsrede.** Das eugenische Ideal ist als fortschreitende Entwicklung der Rasse zu definieren. Die grausamen Methoden der natürlichen Auswahl sollen nicht wieder eingeführt werden; man solle versuchen, durch weniger harte Mittel zum selben Ergebnis zu gelangen. Kenne man die Gesetze, die die menschliche Entwicklung beherrschen, immer besser, so sei der Weg fortschreitender Rassenverbesserung immer deutlicher vorgezeichnet.

Prof. J. Lindsay: **„Die Gesundheit als Faktor der Rassenentwicklung"** betrachtet die Krankheit als Agens, das gegebenenfalls selektiv wirken kann.[2])

Dr. C. W. Saleeby: **„Eugenie und öffentliche Gesundheitspflege"** definiert die Seite der neuen Wissenschaft, die in das Gebiet des Hygienikers fällt.[3])

Dr. Douglas White: **Die Unterdrückung der venerischen Krankheiten.** Zur Untersuchung und Behandlung von Krebs und Tuberkulose ständen große Summen zur Verfügung. Für Heilstättenbehandlung sei bereits außerordentlich viel getan, obwohl der dauernde Wert dieser Therapie unsicher sei. Bei der Syphilis aber liege die Sache umgekehrt. Das Publikum sehe die Ehrlichsche Entdeckung mehr als akademischen Triumph, als eine bedeutende Gelegenheit zum Eingreifen an; sie nicht zu benutzen, heiße die nationale Behandlung des Leidens den Hemmungen der praktischen Politik anvertrauen. Die Spätfolgen der Syphilis haben nicht abgenommen, sondern nehmen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl dauernd zu. Legt man die Zahl zugrunde, die Dr. Burnett Ham, Amtsarzt in Melbourne, für diese Stadt im Namen des australischen staatlichen Gesundheitsamtes ermittelt hat, so sind 7 % sämtlicher Einwohner syphilitisch gewesen; für Groß-London würden sich für alle Stadien der Lues 500000 Infizierte ergeben.

---

[1]) Nach einem Bericht des Schriftführers S. Gotte. The journal of state medicine; 1913, XXI, Nr. 9.

[2]) Siehe Referat darüber, S. 868 der heutigen Hauptnummer.

[3]) Siehe Referat darüber, S. 869 der heutigen Hauptnummer.

Dr. Raimondi: **„Nutzen der Eugenie in der Praxis der Säuglingserziehung“** berichtet über die in der Pouponnière in bezug auf infizierte Eltern und Kinder angewandten Methoden.

Dr. Apert: Eugenie ist von Puerikultur, dem Studium des Kindes, zu trennen. Sie handelt von den eingeborenen Charakteren der zukünftigen Generation; die Säuglingsfürsorge dagegen ist nur indirekt eugenetisch, obwohl sie die Säuglingssterblichkeit herabsetzt.

Dr. A. Broca: **Die Wohnung der kinderreichen Familien.** Arbeiter mit vielen Kindern finden besonders in Frankreich schwer eine Wohnung; die Besitzer der großen Mietshäuser, die gewöhnlich für 3-Zimmer-Wohnungen sorgen, nehmen Familien mit kleinen Kindern nicht auf, da diese den Wert des Hauses herabsetzen sollen. Eine Anzahl von Kapitalisten hat als Gegengründung die „Société anonyme des logements économiques pour familles nombreuses“ geschaffen.

Dr. T. B. Hyslop: **Die Vererbung der geistigen Eigenschaften.** Das Milieu ist von wesentlich geringerer Bedeutung als die Erblichkeit.

Dr. Theod. Thomson: **Die Vorbeugung geistiger Defekte bei Kindern.** In bezug auf die Vererbung geistiger Defekte herrscht besonders aus dem Grunde große Verwirrung, weil ihre Ursachen nicht genügend analysiert sind.

Dr. Ettie Sayer, assistant med. officer to the London county council, gab einen **Bericht über eine Untersuchung der Besucher der Hilfsschulen,** die in den Jahen 1904—1906 in bezug auf ihre Familienverhältnisse durchgeführt wurde. Der Name jedes 7. Kindes in den Schullisten wurde herausgenommen und eine Untersuchung der Hereditätsverhältnisse dieser Kinder veranlaßt. Dasselbe geschah in einer Schule für Vollsinnige. Die Erblichkeit ist danach für die Entstehung geistiger Defekte von großer Bedeutung. Dr. Sayer befürwortet für Schwachsinnige als dauernde Fürsorge das Koloniesystem, als Schutzmaßregel für sie selbst und zur Vorbeugung für die Zukunft.

L. March: **Die Statistiken in bezug auf die Kindheit und der rassenhygienische Gesichtspunkt.** Die Statistiken lassen zur Zeit in bezug auf die Säuglingssterblichkeit noch manche Punkte unaufgeklärt. Man kann z. B. die tatsächliche Sterblichkeit angeben, weiß aber nicht, bis zu welchem Maße Krankheiten vorliegen, wenn sie nicht gerade die Todesursache sind. Da Kinder in Schulen und Instituten in großen Zahlen zusammen sind, ließen sich recht wohl an ihnen biologische Tatsachen sammeln, falls die Untesuchungen genau und nach bestimmten Schematen erfolgen würden.

Dr. Mayer-Simmern.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1913. X.

Bericht über die 85. Deutsche Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Wien vom 22 bis 27. September 1913.

Ein Bericht über die allgemeinen Sitzungen erübrigt sich, da über diese schon kurz in Nr. 19 (S. 756) unter Tagesnachrichten berichtet und von den auf die Tagesordnung angekündigten Vorträge der einzige die Leser der Zeitschrift interessierende Vortrag von Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. v. Behring-Marburg über Diphtherie ausgefallen ist.

A. Bericht über die Verhandlungen der 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin [gleichzeitig XXXI. Abteilung für gerichtliche Medizin der Naturforscherversammlung).

Berichterstatter: L. Bürger-Berlin.

Die Tagung war gut besucht und brachte eine große Zahl interessanter Vorträge aus allen Gebieten der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin.

I. Ueber eine eigentümliche Leichenveränderung.

Dr. Marx-Prag: Im Oktober 1912 hatte der Vortragende Gelegenheit, am k. k. deutschen gerichtlich-medizinischen Institut in Prag eine eigentümliche Leichenveränderung zu sehen. Es handelte sich um eine ca. 50 Jahre alte Frauensperson, die 10 Wochen vor dem Auffinden ihrer Leiche von ihrem Sohne durch Hammerschläge gegen den Kopf betäubt und dann erdrosselt worden war. Während der 10 Wochen lag die Leiche in der Küche der im dritten Stockwerke gelegenen Wohnung ohne entdeckt zu werden, was um so auffälliger ist, als mehrere Male innerhalb dieser Zeit Studenten, die bei der Frau in Aftermiete wohnten, wenn sie auf kurze Zeit von ihrem Ferialorte nach Prag kamen, immer in dem neben der Küche gelegenen Zimmer ein bis drei Nächte zubrachten ohne einen Leichengeruch wahrzunehmen.

Die Veränderungen, die sich an der Leiche fanden, waren folgende;

Eine Mumifikation der ganzen Haut und zum Teil auch der darunter liegenden Weichteile. Die Vertrocknung war besonders stark ausgesprochen am Rücken, wo die Haut und die Weichteile zu einer 4 mm dicken Schicht zusammengeschrumpft waren. Diese eigenartige Lokalisation der Vertrocknung dürfte ihren Grund darin haben, daß die Leiche am Bauche gelegen war und wegen der Hypostase in den abhängigen Partien, die höher gelegenen rückwärtigen Partien einen geringen Feuchtigkeitsgehalt hatten.

Die Leiche war an einzelnen Stellen über und über mit Fliegenmaden bedeckt, die stellenweise einen vollständigen Schwund der Weichteile verursacht hatten, so daß da und dort die Knochen frei zu Tage lagen.

Die Muskulatur und das Fettgewebe waren an manchen Stellen des Körpers in eine teils schwärzliche, seifenartige, teils mehr gelbliche und wachsartige Masse umgewandelt, welch letztere in ihrem Aussehen sehr an Leichenwachs erinnerte. Die Bedingungen, unter denen die Leiche gelegen war, ließen aber die Bildung von Leichenwachs nicht erklären.

Es wurden nun diese wachsartigen Massen chemisch und bakteriologisch untersucht. Die chemische Untersuchung ergab, daß die so veränderten Massen zum größten Teile aus Ammoniumseifen bestanden und daß von Calcium- und Magnesiumseifen nur ganz geringe Spuren vorhanden waren. Es hatten also die Ammoniumseifen, die sich bei der Zersetzung der Leiche gebildet hatten, das eigenartige Aussehen der Leiche bedingt.

Bei der bakteriologischen Untersuchung fand man in diesen wachsartigen Partien eine reichliche Bakterienflora und zwar besonders zahlreich kurze, plumpe Stäbchen, die ein streng anaërobes, mit starker Gasbildung einhergehendes Wachstum zeigten und zu der Gruppe der Buttersäurebazillen gehörten.

Auffallend war das Zusammenfallen der Veränderung mit der Anhäufung von Fliegenmaden und Bakterien. Jene Stellen, die frei von Fliegenmaden

waren, waren sehr keimarm; Muskulatur und Fettgewebe hatten hier ihr normales Aussehen behalten.

Es erscheint demnach gerechtfertigt, anzunehmen, daß gerade die kurzen, plumpen Stäbchen an der Umwandlung des Gewebes einen wesentlichen Anteil genommen haben und daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und dem Auftreten der Fliegenmaden vielleicht insofern bestehen dürfte, als die Fliegenmaden die Transporteure der bei dieser Umwandlung hauptsächlich beteiligten Bakterien bildeten.

Der Versuch, durch Injektion von Reinkulturen aus den kurzen, plumpen Stäbchen in Leichenteile diese Veränderungen experimentell hervorzurufen, ist bisher nicht gelungen.

II. Ueber Leichenerscheinungen.

Der Referent, Prosektor Dr. Bohne-Hamburg bespricht an der Hand einer Anzahl von Tabellen zuerst die Abkühlung des Körpers nach dem Tode, das Auftreten von Totenflecken, die Bildung von Ecchymosen im Bereiche von Hypostasen. Eingehender besprochen werden die Veränderungen am Leichenauge. Für die bakteriologische Untersuchung empfiehlt Bohne die Verwendung von Herzblut und Venenblut; jede Untersuchung allein kann zu Irrtümern Anlaß geben. Das Vorkommen der postmortalen Fettembolis wird von Bohne bejaht; in 6 Fällen wurde reichlich Fett gefunden. Zum Schlusse folgt die Demonstration einer Anzahl von Diapositiven aus der Sammlung der Hambuger Anatomie.

III. Ein Fall von Leichenkonservierung durch Milchsäurevergiftung.

Referent Dr. Popp-Frankfurt a. M.: Die Bildung freier Milchsäure in Leichen hat Salomon zuerst festgestellt. Nach den Arbeiten von Salkowski und Fletscher tritt ihre Bildung alsbald nach dem Tode auf und erreicht ihr Maximum schon in 1—3 Tagen; nach dieser Zeit tritt alkalische Fäulnis ein. Bei der fortschreitenden Autolyse wurde von mehreren Autoren ein steigender Gehalt von Bernsteinsäure festgestellt. Um so auffallender ist ein vom Referenten vorgetragener Fall, nach dem sich bei einer Leiche, die 1½ Monate im Wasser gelegen hatte, eine deutliche saure Reaktion der wohlerhaltenen inneren Organe nachweisen ließ. Es wurde in den Organen freie Gärungsmilchsäure konstatiert, und zwar in 100 g Blut 0,21 g. Ferner fand der Verfasser, daß die sämtlichen inneren Organe der Leiche mit einer noch nicht bestimmten Bakterienart durchsetzt waren, die sich in Reinkultur vorfand. Flüchtige organische Säuren, z. B. Bernsteinsäure, konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Temperatur des Mainwassers war in der in Betracht kommenden Zeit durchschnittlich 4° C. Im Gegensatz zu den bisherigen Beobachtungen hat also in diesem Falle die Milchsäurebildung in dem Körper bei sehr niedriger Temperatur stattgefunden und eine auffallende Höhe erreicht. Die vorzügliche Konservierung der Organe ist offenbar dem hohen Gehalt der Gärungsmilchsäure zuzuschreiben. Der Vortragende schließt, daß der Befund durch eine Kombination von Autolyse und Bakterienstoffwechsel bedingt wurde, im Gegensatz zu den Autoren, die als Ursache für die postmortale Bildung von Milchsäure nur die Autolyse ansehen. Es ist anzunehmen, daß ein derartiger Fall vielleicht häufiger eintritt, aber bisher noch nicht entsprechend beobachtet wurde. Der Vortragende regt an, dem Befund einige Beachtung zu schenken, da er vielleicht auch eine Erklärung für die Mumifikation der Leichen bildet, deren Ursache bis heute noch nicht geklärt ist, abgesehen von der Trockenmumifikation. Mumifizierte Leichen wurden bekanntermaßen auch in Massengräbern neben in alkalische Fäulnis übergegangene Leichen vorgefunden. Es liegt der Gedanke nahe, daß in solchen Fällen neben der sauren Autolyse noch ein rasch verlaufender Bakterienstoffwechsel mit saurem Endprodukt auftritt.

IV. Selbstmord und Reichsversicherungsordnung, insbesondere Selbstmord und Unfallversicherung.

Vortragender, Privatdozent Dr. Nippe-Königsberg i. Pr., hat das ärztlich publizierte Material und die einschlägigen Entscheidungen des R.V.A. gesammelt und bespricht die sich ergebenden Gesichtspunkte. Im allgemeinen ist der Selbstmord nach einem Unfall ein recht seltenes Ereignis; häufiger trifft der Selbstmord einen gegen Krankheit oder Invalidität Versicherten. Für alle drei Versicherungszweige gilt die gesetzliche Bestimmung, daß ein Zusammenhang,

d. h. die Entschädigungspflicht, nur dann besteht, wenn der Selbstmord vom Geistesgestörten, d. h. ohne Vorsatz begangen wurde. Die einschlägigen Entscheidungen des R V.A. sind mit wenigen Ausnahmen für die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen günstig, wenn auch einige zur ärztlichen Kritik herausfordern. Das R.V.A. hatte in 48 Fällen sich mit der Frage des Zusammenhanges von Selbstmord und Unfall zu beschäftigen; es kam in der Hälfte der Fälle zu einer Ablehnung. Inbegriffen sind die Fälle, wo es sich darum handelt, ob ein tödlicher Unfall oder Selbsmord vorlag.

In der Diskussion wies Haberda-Wien auf die Schwierigkeiten hin, die die Beantwortung der Frage: ob Selbstmord oder Unfall vorliege, nicht selten bereite. Er erinnerte an die Kopftraumen im schweren Rausch und zitierte einen Fall aus dem Fenster, wo die Frage zu beantworten war, ob Selbstmord oder Unglücksfall vorliege.

V. Demonstrationen.

Privatdoz. Dr. Nippe-Königsberg i. Pr. empfiehlt erneut die histologische Untersuchung der Lungen Neugeborener zur Beantwortung der Frage des Gelebthabens nach der Geburt. Gefriersägeschnitte durch die Leichen mazeriert geborener Toten ergaben, daß auch Kehlkopf und Luftröhren solcher Früchte zusammengefallen sind. Für einzelne Fälle, z. B. versuchter Beseitigung des Kindskörpers durch Feuer, ist die histologische Untersuchung die einzige, die zu einem gewissen Resultat führt.

In der Diskussion wiesen Horoskiewicz und Fraenckel-Berlin darauf hin, daß bereits früher von französischen und italienischen Autoren der Versuch gemacht sei, in derselben Weise, wie es jetzt Nippe vorschlage, festzustellen, ob ein Neugeborenes geatmet habe. Bürger-Berlin betont, daß durch intrauterine Aspiration von Fruchtwasser ebenfalls eine Entfaltung von Luftröhren und Alveolen stattfinden und so Irrtümer entstehen könnten.

VI. Ein Beitrag zur forensischen Begutachtung von Verengerungen des Verdauungstraktus.

Dr. Marx-Prag: Vom gerichtsärztlichen Standpunkte bieten diejenigen Fälle von Stenosen ein besonderes Interesse, die infolge einer Vergiftung, Verbrennung oder Verätzung entstanden sind; es sind dies hauptsächlich die Verengerungen der Respirationswege, des Verdauungstraktus und des Genitalapparates, die in dieser Richtung in Betracht kommen. Für die Entscheidung der Frage, ob die Stenose mit der vorangegangenen Verletzung in ursächlichem Zusammenhange steht oder nicht, kommt vor allem die Länge der Zeit zwischen der Verletzung und dem ersten Auftreten der Stenoseerscheinungen in Betracht, da eine solche Stenose durch Narbenbildung bedingt ist und sich deshalb erst einige Zeit nach der Verletzung und allmählich entwickeln wird.

Oft ist es schwer, am Lebenden mit Sicherheit zu entscheiden, ob eine Stenose tatsächlich von einer vorangegangenen Verletzung herrührt oder nicht, da ja die Möglichkeit vorliegt, daß eine spontane Erkrankung des betreffenden Organes oder seiner Nachbarorgane, die der Untersuchung jedoch überhaupt nicht oder nur schwer zugänglich war und daher übersehen wurde, wie z. B. eine luetische, karzinomatöse, oder tuberkulöse Erkrankung der paratrachealen und tracheobronchialen Lymphdrüsen, die Ursache der Stenose bildet. In solchen Fällen könnte man sich, wenn die Anamnese auf eine Verletzung hinweist, veranlaßt sehen, aus diesem Grunde allein die Verletzung als Ursache der Stenose anzusehen und so zu einem Fehlschlusse kommen, der schwere strafrechtliche Folgen nach sich ziehen könnte. Daß derartige Irrtümer tatsächlich vorkommen können, beweist folgender Fall:

Bei einem 2 Jahre alten Kinde, bei dem Erscheinungen einer Oesophagusstenose bestanden, wurde angegeben, das Kind habe vor 4 Monaten Salzsäure getrunken. Auf Grund dieser Angabe wurde klinischerseits ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Stenose und der angeblichen Salzsäurevergiftung als wahrscheinlich angenommen. Bei der Sektion konnten jedoch in der Speiseröhre keinerlei Veränderungen gefunden werden, die auf eine vorangegangene Vergiftung mit einem Aetzgifte hätten bezogen werden können; auch die mikroskopische Untersuchung der Oesophaguswand ergab ein in dieser Richtung vollkommen negatives Resultat.

Dahingegen fand man in der Höhe der verengten Stelle des Oesophagus zwei große Pakete tuberkulös erkrankter und verkäster Lymphdrüsen von 3 und 2 cm Höhe und bis 2 1/2 cm Dicke. Diese Lymphdrüsen umgaben fast wie ein Ring den Oesophagus und stülpten die beiden seitlichen Wände und zum Teile auch die hintere Wand gegen das Lumen der Speiseröhre stark vor. Dadurch war das Lumen der Speiseröhre an dieser Stelle beträchtlich verengt worden. Es mußten somit die tuberkulös erkrankten Lymphdrüsen als die Ursache der Stenose angesehen werden.

Wäre das Kind am Leben geblieben und zur gerichtsärztlichen Untersuchung gekommen, so wäre es leicht möglich gewesen, daß mit Rücksicht auf die Anamnese die Stenose als die Folge einer Verätzung mit Salzsäure angesehen worden wäre, woraus natürlich für die Pflegeeltern des Kindes schwere strafrechtliche Folgen hätten erwachsen können.

Ein zweiter Fall, der eine gewisse Aehnlichkeit mit dem ersten hatte, betraf einen 57 Jahre alten Mann, bei dem auf Grund der klinischen Erscheinungen die Diagnose Geschwulstbildung in der Pylorusgegend (wahrscheinlich Karzinom) gestellt wurde. Bei der Laparatonie fand man eine mit Gallensteinen prall gefüllte, 50 g schwere Gallenblase, die durch den Druck auf den Pylorus zu den Stenoseerscheinungen geführt hatte.

Bei der Sektion — der Mann war in der Narkose gestorben — konnte in der Magenwand bis auf eine Hypertrophie derselben keine pathologische Veränderung gefunden werden; auch die mikroskopische Untersuchung ergab ein für Karzinom negatives Resultat.

Wäre in diesem Falle angegeben worden, der Mann habe vor einiger Zeit ein Aetzgift getrunken oder er habe eine Verletzung des Unterleibes erlitten, und wäre der Mann am Leben geblieben, so wäre es möglich, daß auch hier die Stenose als die Folge dieser Vergiftung bezw. Verletzung angesehen worden wäre.

Stenosen des Pylorus durch Druck einer mit Gallensteinen gefüllten Gallenblase scheinen übrigens — so viel aus der Literatur hervorgeht — selten zu sein.

VII. Der Ritualmord in Kiew und die ärztlichen Sachverständigen.

Prof. Dr. Ziemke-Kiel, Vortragender, berichtet über den inzwischen in der südrussischen Universitätsstadt Kiew zur Verhandlung gekommenen Sensationsprozeß, der die allgemeine Aufmerksamkeit über das Maß des Gewöhnlichen und weit über die Grenzen des russischen Reiches hinaus durch seine agitatorische Ausbeutung und durch die Art erregt hat, wie die Untersuchung bisher geführt worden ist. Es handelt sich hier um einen angeblichen Ritualmord, um die Behauptung, daß der am 12. März 1911 ermordete Christenknabe Andrei Juschtschinski zu rituellen Zwecken auf Grund von Geboten der jüdischen Religion getötet worden sei. Für die ärztliche Welt gewinnt dieser Prozeß durch die Rolle, die die medizinischen Sachverständigen in der Voruntersuchung gespielt haben, noch ein besonderes Interesse. Sind doch nach Ansicht des Vortragenden die falschen Schlußfolgerungen, die sie aus dem Leichenbefund des ermordeten Knaben glaubten ziehen zu dürfen, in erster Linie dafür maßgebend gewesen, daß die Anklage ausdrücklich auf Ritualmord erhoben worden ist, „auf Ermordung des Knaben Juschtschinski aus religiösem Fanatismus zu rituellen Zwecken," wie der Schluß der Anklageschrift wörtlich lautet.

Des Ritualmordes angeklagt ist der jüdische Fabrikangestellte Mendel Beilis, der beschuldigt ist, an der Ermordung des Knaben teilgenommen zu haben. Der Sachverhalt, wie er der Anklageschrift zu Grunde liegt, ist folgender: Am 12. März 1911 ging der Knabe Juschtschinski mit Büchern und Heften frühmorgens von Hause fort, um sich in die im Zentrum der Stadt gelegene Schule zu begeben. Er blieb seitdem verschollen und wurde einige Tage später in einer Höhle ermordet aufgefunden. Als mutmaßlicher Mörder wurde zunächst die Mutter und der Stiefvater des Knaben festgenommen, bald aber kam der Verdacht auf, daß es sich um einen von einem Juden begangenen Ritualmord handele. Ziemke glaubt, daß die medizinischen Sachverständigen in ihrem Gutachten, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, den Rahmen der Objektivität verlassen haben, um in einseitiger Weise für eine Auffassung Partei zu ergreifen,

die in dem medizinischen Befunde keine Stütze hätte und keine Stütze haben könnte. Nicht allein im Interesse der Menschlichkeit, sondern auch mit Rücksicht auf unser Ansehen als Sachverständige hält sich Vortragender für verpflichtet, dagegen Einspruch zu erheben, daß in diesem Prozesse ärztliche Sachverständige über die Grenzen hinausgegangen sind, die ihnen durch ihren ärztlichen Beruf und ihre ärztliche Wissenschaft gezogen sind.

In der Diskussion erinnerte Ungar-Bonn und Marx-Berlin an den Xantener Knabenmord und den von Kenyeres mitgeteilten angeblichen Ritualmord in Ungarn, während Haberda-Wien auf die Schwierigkeiten hinweist, mit den die zweiten Obduzenten — der Knabe wurde zweimal seziert — zu kämpfen hatten.

VIII. Die Unterscheidung von Berufserkrankungen und Unfall.

Der Vortragende, Fabrikarzt Dr. Curschmann-Greppinwerke, weist auf die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose zwischen den obigen Erkrankungsgruppen hin. Darüber, was als Berufserkrankung im Sinne des Gesetzes anzusehen ist, herrscht noch keinerlei Klarheit. C. verlangt u. a., daß die Krankheit durch die Eigenart der Arbeit entstanden sein muß, weshalb er glaubt, Erkrankungen allgemeiner Art könnten für gewöhnlich nicht hierhin gerechnet werden.

In der Diskussion, an der sich Ziemeke-Kiel, Leppmann-Berlin und Nippe-Königsberg i. Pr. beteiligten, teilte Ziemcke einen interessanten Fall mit, wo die Frage zu beantworten war, ob ein Unfall oder eine Berufskrankheit vorliege. Es handelte sich um einen Taucher, der in seinem Berufe wiederholt erkrankte, aber stets wieder genas, bis er eines Tages nach Taucherarbeiten wieder bettlägerig und nun Invalide wurde.

IX. Ueber neuere Gesichtspunkte bei der Beurteilung der traumatischen Neurosen.

Privatdozent Dr. Quensel-Leipzig: Als Vorbedingung für die Untersuchung und Begutachtung derartiger Fälle ist es unbedingt notwendig, sich über gewisse Grundlagen, wie Häufigkeit und Entstehung der traumatischen Neurose, eine klare Uebersicht zu schaffen. Aus exakten und umfassenden Feststellungen, die sich auf die Jahrgänge 1908 bis 1911 der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft beziehen, ergibt sich mit aller Sicherheit, daß die traumatischen Neurosen häufiger sind, als meist angenommen wird. Ihre Zahl beträgt mindestens 4,15 % der Zahl der entschädigten Unfälle.

Die Mehrzahl der Neurosen rührt her von Kopfverletzungen, 110 auf 182 Fälle von Neurosen. Unter den anderweitigen Verletzungen überwiegen die der Wirbelsäule, während solche des Brustkorbes und des Leibes sowie Schreckneurosen selten sind.

Die weiteren Feststellungen Quensels stützen sich ausschließlich auf die selbst beobachteten Fälle des hier in Betracht gezogenen Gesamtmaterials: 121 Neurosen inkl. 18 bis 1911 geheilte und 14 ohne Entschädigung geheilte Fälle. Vortragender unterscheidet nur zwischen neurasthenischen und hysterischen Krankheitsbildern. Von begleitenden Krankheiten sind besonders Lues, Alkoholismus gelegentlich, aber im ganzen selten bedeutsam. Die Hauptrolle spielt hier die Arteriosklerose, gerade auch für die Kopfverletzungen, zumal bei alten Leuten.

Die angeborene Disposition ist besonders bei den Neurasthenikern und Hysterikern oft deutlich nachweisbar. Von besonderer Bedeutung sind die ganz äußerlich wirksamen, komplizierenden Momente, deren wichtigster die Tatsache des Versichertseins und der Rentenkampf ist. Ohne ersteres heilen auch die leichten Fälle und die Kopfverletzungen schneller. Die Rentensucht ist tatsächlich die Quelle für viele der ausgebrochenen und reinen Hysterien. Die Abgrenzung gegen Simulation ist sehr schwer; reine Simulation ist selten, Uebertreibuag dagegen alltäglich. Diese ist aber ohne weiteres verständlich, bis zu einem gewissen Grade entschuldbar; man darf sie bei der Beurteilung ohne weiteres in Abzug bringen. Dies gilt natürlich auch für Uebertreibung, die hysterisch bedingt ist. Der Kernpunkt, auch bei der Simulationsfrage, ist immer zu suchen in der Möglichkeit exakter Feststellung wirklicher Krankheitserscheinungen. Wo solche nicht greifbar vorliegen, ist allemal nur eine ganz geringe Entschädigung am Platze.

X. Demonstration.

Prof. Dr. Ziemcke-Kiel besprach an der Hand von zwei praktischen

Fällen die große Bedeutung der Gewöhnung nach Unfällen. Ein 20jähriger Maler, dem der zweite bis fünfte Finger in der Höhe der Köpfchen der Mittelhandknochen amputiert war, erzielte normalen Verdienst; ein anderer Maler, der seit 20 Jahren wegen Verlust eines Armes eine Unfallrente von 60 % bezog, verdiente seit Jahren in einer Haarfabrik 5 Mark täglich.

XI. Mord durch Erstickung mittelst Einführung von Fremdkörpern in die oberen Luftwege.

Prof Dr. Horoskiewicz-Krakau demonstriert zwei interessante Fälle. In einem Fall wurde ein Kind durch Einbringen eines Stolleneisens, im anderen ein fünfmonatlicher Säugling durch Einführung eines Korkes getötet.

XII. Photogrammetrie und Kriminalistik.

Dr. Eichberg-Wien: Eine vom Vortragenden ersonnene Adoptierung einer gewöhnlichen Reisekamera gestattet bei vielen kriminalistischen Augenscheinen photogrammetrische Aufnahmen, wonach maßstabrichtige Pläne des Tatortes angefertigt werden können. Die Adoptierung besteht in Installierung eines aus Drähten gespannten perspektivischen Distanznetzes im Innern der Kamera. Die Anwendung der Photogrammetrie bei Lokalaugenscheinaufnahmen bedeutet die Einführung eines neuen, exakten, wissenschaftlichen Prinzips in der Kriminalistik.

XIII. Die Schreibmaterialien in gerichtlicher Beziehung. Von Prof. Dr. Lochte-Göttingen.

Prof. Dr. Kockel-Leipzig liest eine Arbeit von Lochte vor, in der dieser die verschiedenen Schreibmaterialien, Papier, Tinte, Federn, Tintenstifte, Farbstifte, Buntstifte, Schreibmaschinen etc. bespricht. Verfasser erwähnt u. a. die Zusammensetzung der verschiedenen Papiere, den Nachweis des Holzzellstoffes auf chemischem und mikroskopischem Wege, die Prüfung der Leimung, die Bedeutung der Wasserzeichen, die latenten Fingerabdrücke beim Radieren, die chemische und mikroskopische Unterscheidung der verschiedenen Tintensorten, die Bedeutung der Defekte der Stahlfedern, der Schreibmaschinen etc. für die Identifizierung von Schriften.

XIV. Schrift- und Urkundenfälschung.

Dr. Popp-Frankfurt a. M.: Für den Nachweis von Schriftfälschungen kommt außer dem Schriftvergleich hauptsächlich die Prüfung der Mittel in Betracht, deren sich der Fälscher bedient hat, um das Original nachzuahmen. Die Nachbildung von Originalschriftzügen geschieht häufig auf dem Wege des direkten oder indirekten Durchpausens. Der Nachweis des Pausmaterials in der Schrift kann durch diese mikroskopische und mikrochemische Untersuchung in der Regel geführt werden. Lassen sich die benutzten Originalschriften beschaffen, so kann der Nachweis der Fälschung auch durch die Koinzidenz der Linien beim Uebereinanderdecken mit dem Falsifikat gebracht werden. Falsche Stempel sind entweder ungenau nachgebildet, oder wenn sie durch eine Art Hektographenmasse, Kartoffelscheibe oder dergleichen von wasserlöslichen Originalstempeln übertragen worden sind, dadurch erkenntlich, daß der hierbei in Lösung gegangene Farbstoff die Fasern in anderer Weise färbt, als bei dem Aufdruck der ursprünglichen Schrift. Spätere Einfügungen in Urkunden mit anderer Tinte lassen sich meist durch Photographie unter Anwendung entsprechender Lichtfilter nachweisen. Bei Bleistiftschrift bietet die Feststellung der Schriftrichtung und der in den verschiedenen Bleistiftsorten verschieden kratzenden Einlagerungen in dem Graphit Anhaltspunkte für die Beurteilung. Auch die Benutzung der Schriftreliefs kann hier häufig mit Vorteil herangezogen werden. Zur Feststellung, ob Bleistiftschrift auf oder unter der Tintenschrift liegt, wird mit Vorteil der Martensche Vertikalilluminator benutzt werden, sodann kann man die betreffende Stelle mit einem Tintenbleichmittel befeuchten, wodurch darüber liegende Stiftschrift weggeschwemmt werden kann, während unter der Tinte liegende Stiftschrift an den Fasern in richtiger Länge kleben bleibt. Zur Feststellung zeitlicher Unterschiede der Schriften in Urkunden können die Kreuzungsstellen benutzt werden. Sich frisch kreuzende Tintenstriche zeigen verwaschene Ränder. Ist zwischen dem ersten und zweiten Strich ein Zeitraum verflossen, derart, daß der erste Strich noch ein wenig feucht war, so läuft die Tinte des einen Striches in den ersteren eine Strecke weit hinein. War die erste Tinte schon völlig trocken, so zeigt der zweite Strich bei der Kreuzungsstelle kein Auslaufen. Die Untersuchung von Löschblättern

bietet zuweilen Abklatsche der Schrift, die durch Uebereinanderdeckung verschieden gefärbter Diapositive als zusammengehörig erkannt werden können. Zur Entscheidung der Frage der Autorschrift müssen außer dem Schriftvergleich auch etwaige sichtbare oder latente Fingerabdrücke des Schreibers herangezogen werden. Der Vortrag wurde durch 40 Lichtbilder illustriert.

XV. Die Schriftvergleichung.

Der Vortragende, Prof. Dr. Kockel-Leipzig, geht bei seinen Ausführungen zunächst auf die Gründe ein, warum die Schriftgutachten so oft angegriffen werden, und wendet sich hierauf der Frage zu, ob die vergleichende Prüfung der Handschriften als eine Aufgabe naturwissenschaftlicher Forschung zu gelten hat. Er muß das bejahen im Hinblick auf die völlige Analogie, die zwischen der vergleichenden Prüfung von Handschriften und der Erforschung anderer Aeußerungen der Gehirn- und Muskeltätigkeit, z. B. der Sprache und des Gesanges bestehen. Er weist darauf hin, daß ähnlich wie der Psychologe aus seinen graphischen Aufzeichnungen die Funktionen der von ihm untersuchten Organe und der Zustände miteinander vergleicht, so auch die vergleichende Prüfung der Handschriften bezüglich ihrer Herkunft von der oder jener Person durchaus berechtigt sei; denn die Handschrift werde, wenn ihre Entwicklung abgeschlossen sei, in ähnlicher Weise einen Teil der Persönlichkeit, wie z. B. die Sprache oder Körperhaltung. Der Vortragende geht dann auf die bei gerichtlichen Schriftvergleichen einzuschlagenden Verfahren ein und unterscheidet dabei scharf zwischen Methode und Technik. Die Methode nach der die Untersuchung vorgenommen werden müßte, sei unter allen Umständen dieselbe; sie habe sich nicht auf die Begutachtung einzelner Schriftmerkmale zu beschränken, sondern alle Schrifteigentümlichkeiten allgemeiner und spezieller Natur zu berücksichtigen. Die Technik betreffe die Art, in der das oft umfangreiche Material durchzuarbeiten und so zu gruppieren sei, daß auch Richter und Geschworene aus eigener Anschauung im Stande seien, die Richtigkeit des vom Sachverständigen abgegebenen Gutachtens zu erkennen. Der Vortragende empfiehlt unbedingt die Photographie und die Mikrophotographie im größten Umfange zu verwenden. Seine Darlegungen erläutert er durch Vorlegung einer großen Zahl von photographischen und mikrophotographischen Tafeln.

In der Diskussion betonte Ungar-Bonn, daß er es bedauern würde, wenn in Zukunft jeder Gerichtsarzt zugleich als Schreibsachverständiger gelten solle. Wer besondere Kenntnisse auf diesem Gebiete habe, möge als Sachverständiger auftreten; man könne aber vom Gerichtsarzt diese Kenntnisse nicht verlangen. Auch Marx-Berlin betonte, daß die Untersuchung der Schreibmaterialien und die Handschriftenkunde nicht zur gerichtlichen Medizin gehörten, während Kockel einen anderen Standpunkt vertrat.

XVI. Experimentelle Untersuchungen zum Tode durch Ersticken.

Prof. Dr. Ipsen-Innsbruck demonstriert an der Hand zahlreicher, sehr instruktiver Lichtbilder von Lungenpräparaten ertränkter Hunde den anatomischen Lungenbefund beim Erstickungstode. Ebenso wie Paltauf fand Ipsen reichlich Ertränkungsflüssigkeit im Zwischengewebe, was sich anatomisch in einer erheblichen Verbreiterung der Interlobularsepten äußerte. Die Ertränkungsflüssigkeit war in allen Lungenabschnitten in nahezu gleichmäßiger Verteilung. In diesem Eindringen der Ertränkungsflüssigkeit aus den Alveolen in das Zwischengewebe sieht Vortragender eine Ursache für das häufig beobachtete Volumen pulmonum auctum der Lungen Ertrunkener. Weiterhin ist das Eindringen der Ertränkungsflüssigkeit in die Bronchien an der Ballonierung der Lungen beteiligt. Vortragender zeigte Röntgenaufnahmen der Lungen eines in einer Kalkgrube ertrunkenen Mannes. Man sah, daß die kalkhaltige Flüssigkeit die Luftröhrenäste aller Lungenlappen vollständig verschloß, wie auch die demonstrierten Lungenausgüsse erkennen ließen.

XVII. Ueber Akonitinvergiftung.

Prof. Dr. Ipsen-Innsbruck berichtet über einen interessanten Fall von Akonitinvergiftung bei einem $5^1/_2$jährigen Knaben. Während der chemische Nachweis nicht gelang, glückte er auf biologischem Wege. Der rasch erfolgte Tod des Kindes konnte indes mit der Akonitinvergiftung nicht in Zusammenhang gebracht werden, da die nachgewiesenen Giftmengen zu gering waren.

XVIII. Ueber kriminalwissenschaftliche Beobachtungen aus der Schußtechnik.

Vortragender, Dr. Popp-Frankfurt a. M., besprach eine Reihe chemischer Reaktionen des Pulvers, weiterhin forensisch interessante Befunde bei Schußverletzungen, den Brandrand, Befunde an den Hülsen, Papillarabdrücke des Täters an den Schußwaffen usw.

XIX. Zur Kasuistik der medizinischen Quecksilbervergiftung und zur Beurteilung der sogenannten Idiosynkrasie.

Prof. Dr. Merkel-Erlangen: Die Kasuistik des Vortragenden umfaßt drei tödliche Fälle, von denen einer eine Schmierkur und zwei Injektionskuren betrafen. An der Hand dieser Fälle erörtert er die Ursache für solche medizinalen Vergiftungen. Während in einem Teil der Fälle eine zu hohe Anfangsdosis und damit eine fahrlässige Handlungsweise des betreffenden Arztes den verhängnisvollen Ausgang verursachte, waren in der zweiten Gruppe von Fällen die Vergiftungserscheinungen eben durch die erwähnte Depotschaffung mit plötzlicher Resorption größerer Mengen bedingt. Das wären Zufälle, die der betreffende Arzt nicht in der Hand habe und für die er deshalb auch strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden könne. In der dritten Gruppe der Fälle müßte man endlich auf eine individuelle Idiosynkrasie als Ursache der Intoxikationserscheinung rekurrieren, wenn sonst keineswegs giftig wirkende Quecksilberkuren in Anwendung gekommen wären. Dieser etwas vage und zu oft gebrauchte Begriff der Idiosynkrasie sei neuerdings, zum Teil wenigstens, etwas abgegrenzt durch die Erklärung der Intoxikation als anaphylaktische Erscheinung. In den übrigen Fällen handelte es sich wohl um eine größere oder geringere Abnahme der gesamten Widerstandskraft der betreffenden Personen, so z. B. bei chronischen Alkoholikern und Tabakmißbrauch und den sich daraus ergebenden Veränderungen am Zirkulationsapparat. Endlich aber käme gewiß der Zustand des für die Ausscheidung der Quecksilberpräparate in erster Linie zur Verfügung stehenden Magen-Darm-Kanals und Harnapparats in Betracht zur Erklärung einer geminderten Widerstandsfähigkeit. Als Beweis für diese Anschauung konnte Vortragender in einem der selbst beobachteten Fälle bei der histologischen Untersuchung der Nieren eine Erkrankung (typ. subakute Glomerulonephritis) erwähnen, die sich wegen ihres ganzen histologischen Verhaltens durchaus unabhängig erwies von der Quecksilbervergiftung, sondern einen bereits vor Einleitung der Quecksilberbehandlung vorhandenen Erkrankungsprozeß darstellte. Dieser Prozeß war auch in dem vorliegenden Falle als Ursache für das rasche Auftreten von Vergiftungserscheinungen zu betrachten. Vortragender entnimmt daraus die Mahnung, in allen Fällen von solchen Quecksilbervergiftungen neben dem chemisch analytischen Nachweis auch der histologischen Untersuchung der Leichenorgane, zumal der Nieren, eine weitgehende Bedeutung zu schenken, statt sich mit der Annahme einer Idiosynkrasie zufrieden zu geben.

In der Diskussion erinnerte Kockel-Leipzig an die Möglichkeit intravenöser Applikation des Giftes im ersten Fall; Horoszkiewicz-Krakau teilte zwei Fälle von Vergiftung durch intravenöse Injektion von Hydrargyum dimethylicum mit, während andere glaubten, die Glomerulonephritis im letzten Falle Merkels könne sehr wohl durch das Quecksilber hervorgerufen sein, was Merkel aber bestritt, da er in der Literatur nie eine solche Glomerulonephritis nach Quecksilbervergiftung gefunden habe.

XX. Untersuchung über die Verteilung des Kohlenoxydes im Blut damit Vergifteter.

Prof. Dr. Wachholz-Krakau: Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Vortragender zu folgenden Schlüssen:

1. Das Kohlenoxyd ist im Blut der damit akut vergifteten Menschen nicht gleichmäßig verteilt. Das Blut peripherer Venen, zumal bei Kindern, deren Leichen noch in Kohlenoxydatmosphäre gelegen sind, enthält im Wege postmortaler Diffusion die größte Menge des Kohlenoxydes.

2. Die kleinste Menge desselben enthält das Blut der venösen Hirnleiter, vielleicht dadurch, daß das Hirngewebe noch vor dem Tode das ihm zugeführte Kohlenoxyd resorbiert, bindet und dadurch den bekannten Veränderungen in Fällen des Ueberlebens unterliegt; am meisten Kohlenoxyd enthält das Blut der Kruralvenen.

3. Bei Leuchtgasvergiftungen ist die im Blut enthaltene Kohlenoxydmenge geringer als bei Kohlendunstvergiftung, denn bei ersteren scheint der Tod schneller einzutreten.

4. Das Kohlenoxyd läßt sich noch nach einigen Tagen des Ueberlebens einer akuten Vergiftung im Leichenblut besonders mit der Palladiumprobe nachweisen.

In der Diskussion versuchte Marx-Berlin eine physikalische Erklärung (Abgabe der CO in den Hohlraum) für den geringen CO-Gehalt der Blutleiter zu geben; Haberda-Wien fragt, ob die Kinder besonders lange in der CO-Atmosphäre gelegen hätten. Ipsen-Innsbruck glaubt, daß CO der Femoralvene entstamme vielleicht der Muskulatur; Ungar-Bonn meint, es sei vielleicht durch Diffusion in die Vene gelangt, während nach Wachholz die postmortale Diffusion die großen Unterschiede nicht erklären würde.

XXI. Interessante Vergiftungsfälle durch Arsenik und Schwefelsäure; Demonstration von Prof. Dr. Horoszkiewicz-Krakau.

XXII. Arsenik-Vergiftungen. Demonstrationen.

Prof. Dr. Haberda-Wien: Im Dünndarm eines an akuter Arsenikvergiftung verstorbenen Mannes fand Haberda an 10 Stellen Hämorrhagien und Nekrosen der Schleimhaut, wie sie im Magen nicht selten vorkommen und auch in dem speziellen Falle bestanden. Die Leiche enthielt besonders große Mengen von Arseniksäure, die in Form von amorphen Körnchen der Magenschleimhaut an vielen Stellen noch auflag.

XXIII. Tötungsversuche an Kindern durch Einstechen von Nadeln in den Kopf.

Privatdozent Dr. Meixner-Wien demonstriert Schädelbruch und Gehirn eines 43jährigen Mannes, der an gehäuften epileptischen Anfällen gestorben ist. An der Innenseite des Schädeldaches stecken im Knochen zwei Nadeln, die mit dem anderen Ende in Defekten der Hirnrinde gelegen haben und Ursache der epileptischen Anfälle gewesen waren. Sie sind zweifellos in frühester Kindheit in den Schädel eingestochen worden.

Weiterhin zeigt der Vortragende das Schädeldach eines vierjährigen Kindes, in dessen großer Fontanelle eine fast vollständig in die Schädelkapsel versenkte Nähnadel mit dem Oehrteil steckt. Diese war von der Mutter eingestochen worden, nachdem sie dem Kinde zuvor Schweinfurter Grün gegeben hatte. Der gleichfalls demonstrierte Magen zeigte an seiner Innenfläche grünliche Schorfe.

XXIV. Nebennierenbefunde bei Verbrennungen.

Hofrat Prof. Dr. Kolisko-Wien: Die systematische Untersuchung einer großen Zahl von Nebennieren verbrannter und verbrühter Leichen, die vom Vortragenden seit einigen Jahren vorgenommen wurde, ergab außerordentlich interessante Befunde an diesen Organen. Schon wenige Stunden nach der Verbrennung fand Kolisko Vergrößerungen der Nebennieren, totale hämorrhagische Infarzierungen, kurz Befunde, wie wir sie auch sonst bei Tod durch Intoxikation in den Nebennieren zu finden pflegen. Die Befunde lassen keinen Zweifel, daß eine Toxinwirkung beim Verbrennungstode stattfindet; sie geben so eine wesentliche Stütze für die Toxintheorie des Verbrennungstodes.

XXV. Tödliche Unfälle im Straßenverkehr durch Ueberfahrenwerden.

Dr. Beykovsky-Prag: Es kommt, wie der Vortragende einleitend erwähnt, nicht selten vor, daß ein Wagenlenker, der einen Menschen überfahren hat, schleunigst das Weite sucht, um sich der Verantwortung zu entziehen, worauf an den Gerichtsarzt die Aufgabe herantritt, aus den Verletzungen des Ueberfahrenen Schlüsse auf die Wagengattung und die Verletzungsart zu ziehen. In diesem Sinne hat Beykovsky 395 Obduktionsfälle des Institutes für gerichtliche Medizin in Wien, die durch Ueberfahren getötete Personen betrafen, studiert. Hiervon entfielen auf Lastwagen mit Pferdebetrieb 126 = 31 %, Personenautomobile 99 = 25 %, Eisenbahn und Dampftramway 90 = 24 %, elektrische Straßenbahn 30 = 7½ %, Personenwagen mit Pferdebetrieb 30 = 1½ %, Fahrräder 8 = 2 %, der Rest auf sonstige Fuhrwerke. Die Diagnose der Eisenbahnverletzungen, wo es oft zur Abtrennung ganzer Körperteile kommt, wo die Bahnräumer stichähnliche Verletzungen setzen, wo die Schienen einerseits, die Radkanten anderseits wie Scheren wirken, bietet im allgemeinen keine besonderen Schwieriegkeiten. Auch handelt es sich oft um Selbstmordkandidaten, die auf den Schienen liegend den Tod erwarten. Schwieriger ist

die Diagnose bei den Straßenfuhrwerken. Trotzdem bei sonst gleichen Umständen der Verletzungsmechanismus beim Ueberfahren durch ein Automobil, eine elektrische Straßenbahn, einen Personen- und einen Lastwagen mit Pferdebetrieb infolge der verschiedenen Bauart und Geschwindigkeit dieser Vehikel ein verschiedener sein muß, kombinieren sich in der Praxis mit dem Ueberfahren im engeren Sinne des Wortes die verschiedensten Traumen — das Niederstoßen, Weiterrollen, Wegschleudern, Mit- und Nachschleifen, die die charakteristischen Verletzungsbilder komplizieren, teilweise sogar verdecken. Diese Umstände müsse man, um Trugschlüsse zu vermeiden, berücksichtigen. Nur in einzelnen Fällen sei aus dem Obduktionsbefund allein auch beim Fehlen aktenmäßiger Erhebungen eine sichere Diagnose bezüglich der Wagenart zu stellen; gewöhnlich müsse man sich mit Vermutungen und Wahrscheinlichkeitsdiagnosen begnügen.

XXVI. Ueber gefährliche Menschentypen.

Der Vortragende, Prof. Dr. Anton-Halle, beschäftigt sich psychologisch mit jenen Menschentypen, die vielfach zersetzend und beirrend auf andere Menschen wirken, ohne daß sie nach dem kriminellen oder nach dem geltenden Rechte zu den strafbaren Menschen gezählt werden könnten. Der Einfluß von Mensch auf Mensch entfaltet sich zum großen Teil unbewußt, auch der übrige Einfluß kann unbewußt vor sich gehen.

Auch die Wirkungen des Kinomatographen, gute und böse, werden erörtert. Vortragender schildert sodann einzelne krankhafte Typen, die moralisch Entarteten, die psychopatischen Typen. Meist ist das Zusammenleben mit solchen Persönlichkeiten für jugendliche Gemüter von bleibendem Nachteil. Es ist richtig, daß vielfach die individulle Artung des Betroffenen entscheidet, und daß also von den Eindrücken des Lebens jeder seine Auslese trifft. Aber die Empfänglichkeit, die Suggestibilität, ist eine allgemein menschliche Eigenschaft, und es ist Tatsache, daß besonders bei Jugendlichen die Eindrücke seitens anderer Menschen bewußt und unbewußt für das weitere Leben haften und für das weitere Leben entscheiden.

XXVII. Begutachtung der Paralyse und Syphilis des Zentralnervensystems.

Prof. Dr. Weygandt-Hamburg besprach in außerordentlich klarer Weise die Schwierigkeiten, welche die straf-, zivil- und unfallrechtliche Begutachtung dem ärztlichen Sachverständigen bei diesen beiden Krankheiten bereitet.

In der Diskussion betonte Hofrat Prof. Dr. Wagner v. Jauregg die Schwierigkeiten, die die Paralyse im Remissionsstadium dem Arzte bereitet, z. B., wenn es sich darum handelt, ob ein Paralytiker im Stadium der Remission eine gültige Ehe schließen kann, was W. unter Umständen bejaht.

XXVIII. Die Psychologie der Haft.

Gerichtsarzt Dr. Marx-Berlin: Die beiden Komponenten der Haftwirkung auf die menschliche Seele sind die Abschließung von der Außenwelt, die Einsamkeit und jener Komplex unlustbetonter Vorstellungen, die man in ihrer Gesamtheit trivial als Schuldbewußtsein bezeichnen kann. Dieses sogenannte Schuldbewußtsein enthält eine ganze Reihe der verschiedenartigsten Vorstellungsinhalte. In erster Linie steht die Vorstellung des durch die Straftat und die Haft verminderten Persönlichkeitswertes. Diese unlustbetonten Vorstellungen gewinnen in der Einsamkeit der Zelle eine bedeutend erhöhte Wirkung auf die Psyche. Bei den Untersuchungsgefangenen kommt die Ungewißheit der Lage, das Nichtwissen von dem Ausgang des Strafprozesses, erschwerend in Betracht. Auf diese Einflüsse ist die Reaktion je nach der Persönlichkeit des Gefangenen variierend. Der Grad des seelischen Ausschlages ist annähernd proportional dem geistigen Besitzstand des Inhaftierten. Daneben wird der gesellschaftlich Höherstehende und bisher sozial Intakte unter dem Gefühl des verminderten Persönlichkeitswertes schwerer leiden, als ein Vorbestrafter, der auch sonst an Gesellschaftswerten weniger zu verlieren hat. Der Psychopath reagiert mit größerer Empfindlichkeit auf die Haftschädigungen als der Durchschnittsmensch von normaler Seelenkonstitution. Auch Alter und Geschlecht, die Art der Straftat, bedingen Differenzierungen in der Reaktion. Der praktische Gesichtspunkt für alle Untersuchungen über die Psychologie der Haft ist die Kardinalfrage von dem Unterschiede der Einzel- und der Gemeinschaft. Auf diesem Gebiete liegen auch die Aufgaben künftiger Forschungen über den uns alle angehenden und interessierenden Gegenstand.

XXIX. Ueber Haftpsychosen.

Dr. Raimann-Wien: Nach einer kurzen Einleitung erörtert der Vortragende die Beziehungen der einzelnen Formen von Geistesstörung zur Haft. Er wendet sich gegen die Behauptung, daß in der Dementia praecox die spezifische Haftpsychose zu erblicken sei und weist darauf hin, daß die Haft auch günstige Wirkungen auf verkommene und verwahrloste Verbrecher ausüben könne. Nach einer Betrachtung des Geisteszustandes der Lebenslänglichen resümiert R. wie folgt: 1. In der Haft, aber ohne Kausalzusammenhang mit der Haft trifft man die Geistesstörung engeren Sinnes; sie wird vom Milieu wenig oder gar nicht beeinflußt. 2. Ein akuter halluzinaler Verfolgungswahn, der sonst, von Alkoholvergiftung abgesehen, ganz ausnahmsweise zur Beobachtung kommt, entwickelt sich verhältnismäßig häufiger unter dem Einfluß der Einzelhaft. Eine Unterordnung unter die Bezeichnung Haftpsychose wird hier um so näher gerückt, als auch der Inhalt der Psychose an die Gefangenschaft anknüpft. Die psychisch Minderwertigen, die zufolge ihrer Defekte kriminell werden, antworten auf Inhaftierung häufig mit Erkrankung.

XXX. Ueber Jugendgerichte.

Prof. Dr. Stein-Leipzig: Die Aufgabe der Strafrechtspflege ist gegenüber Jugendlichen eine andere, als gegenüber Erwachsenen. Nicht Vergeltung, sondern Erziehung und Besserung sind die Aufgaben. Dem muß ein besonderes organisiertes Gericht mit besonderem, durchaus individuell gestaltetem Verfahren entsprechen. Die bestehenden Einrichtungen werden geschildert; der dem Deutschen Reichstage vorliegende Gesetzentwurf wird besprochen. Besonders betont wird die Notwendigkeit, in jedem Falle den Arzt zur Begutachtung des körperlichen und geistigen Zustandes heranzuziehen. Diese Begutachtung hat weniger die Zurechnung der Tat, als die Aussicht auf Besserung zum Gegenstand.

XXXI. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes.

Dr. Flinker-Czernowitz weist auf die großen Verschiedenheiten in der Entwickelung und im Charakter von Mann und Weib hin und verlangt, daß man diesen durch eine besonders strafrechtliche Beurteilung des Weibes Rechnung trage.

XXXII. Die Zurechnungsfähigkeit der degenerativen Phantasten.

Gerichtsarzt Dr. Kalmus-Prag: Von dem von Birnbaum abgegrenzten Krankheitstypus der degenerativen Phantasten ausgehend, bespricht Kalmus eine Reihe anschließender Fälle aus seiner eigenen forensischen Erfahrung. An der Hand von Beispielen aus dem eigenen Material und anderer aus der Literatur stellt er dann eine Reihe von Schlußsätzen auf, in dem er für die Exkulpation solcher degenerativen Phantasten eintritt, jedoch die Einschränkung macht, daß auch gegen diese Psychopathen, soweit sie gemeingefährlich sind, Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden müßten, wie sie die neuen Strafgesetzentwürfe von Oesterreich und Deutschland schon vorsehen. Mit dem Wunsche, daß diese Entwürfe bald Gesetz werden mögen, und daß dadurch die Begutachtung solcher Fälle wesentlich erleichtert werden möge, schließt Kalmus seine Ausführungen.

XXXIII. Die histologische Untersuchung verbrannter Knochen im auffallenden Lichte.

Dr. Bürger-Berlin: Vor kurzem wurde eine Frau K. von der Polizei dabei überrascht, wie sie Knochen und Fleisch in ihrer Maschine verbrannte. Die Frau, die später wegen Mordes zum Tode verurteilt wurde, weil sie einen ihrer Liebhaber im Schlafe erschlagen, zerstückelt und teils verbrannt, teils sonst beseitigt hatte, gab anfangs an, die verbrannten Knochenstückchen stammten von Kaninchen resp. von einem Hunde. Es handelte sich darum, diese Behauptung zu wiederlegen. Da die Uhlenhuthsche Präzipitinmethode versagte, wurde versucht, auf vergleichend anatomischem resp. histologisch-mikroskopischem Wege den Beweis zu erbringen, daß Menschenknochen vorlagen. Die histologische Untersuchung der leicht zerbröckelnden Knochen war nur im auffallenden Licht möglich, da die Herstellung genügend feiner Knochenschliffe nicht gelang. Die Knochenreste wurden in Gelatine eingebettet, in Scheibchen gesägt und diese dann ohne oder nach Färbung mit Sudan etc. mit gröberem und feinerem Schmirgelpapier, Rehleder und Pariserrot poliert. Auf diese Weise erhielt Bürger bei Anwendung des vor vier Jahren in die gerichtliche Medizin eingeführten Opakilluminators Bilder, die eine genaue

Untersuchung der Knochen bei starker Vergrößerung ermöglichten. **Bürger** kam zu dem Resultat, daß es sich bei einem Teil der Knochen, die in der Maschine, resp. im Keller gefunden waren, mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit um menschliche Knochenreste, bei anderen im Freien gefundenen dagegen um tierische Knochenstückchen handelte.

XXXIV. Die Beurteilung der Zwitter im Lichte neuerer biologischer Ergebnisse.

Privatdozent Dr. Fraenckel-Berlin: Die vielfach von gerichtsärztlicher Seite aufgestellte Forderung, daß das Geschlecht von Zwittern (Scheinzwittern) nur nach dem Keimgewebe entschieden werden dürfe, stößt in vielen Fällen auf die bekannten praktischen Schwierigkeiten. Außerdem ist es aber bei funktionsunfähigem Keimgewebe heute auch naturwissenschaftlich korrekt, von ihm bei der Geschlechtsbestimmung für das lebende Individuum abzusehen und sich nach den überwiegenden, sekundären Charakteren zu richten. Es muß für den Hoden als bewiesen, für das Ovarium als höchst wahrscheinlich gelten, daß die für die individuelle Erscheinung maßgebenden Sexualhormone nicht von dem Keimapparat, sondern von der sogenannten Zwischendrüse geliefert werden, die bei völliger Atrophie des Keimgewebes wirksam bleiben und eventuell bei Zwittern heterolog angelegt sein kann. Auch an vikariierendes Eintreten verwandter Gewebe — wie es z. B. für die Nebennierenrinde experimentell wahrscheinlich gemacht ist, ist zu denken. Ferner sind manche der sogenannten Geschlechtscharaktere gar nicht oder nicht allein abhängig von den Geschlechtsdrüsen. In den meisten gerichtlichen Fällen hat die Ermittelung des anatomischen Geschlechts überhaupt keine Bedeutung. Nur in dem einen Falle, daß, wie bei Majoraten, wichtige Interessen anderer von einer klaren Entscheidung abhängen, könnte ein Versuch gemacht werden, ob die Laparatomie sie geben kann. Der Sachverständige kann aber Gericht und Parteien es überlassen, ob sie bei der Unsicherheit eines Erfolges darauf eingehen oder sich auf eine etwaige Entscheidung post mortem einigen wollen. Wo funktionsfähiges Keimgewebe vorliegt, (Sperma, normaler menstruierender Uterus) muß nach ihm ohne Rücksicht auf alles andere entschieden werden.

XXXV. Diagnostik des Ertränkungstodes.

Privatdozent Dr. P. Fraenckel und Med.-Praktikant G. Straßmann kommen auf Grund von Untersuchungen an Leichen Ertrunkener und anderen Todes Verstorbener zu dem Ergebnis, daß die auf dem Nachweis kristallinischen Planktons im Blute beider Herzkammern beruhende Methode von Corin und Stockis praktisch nicht brauchbar ist. Einerseits sind die Schwierigkeiten, sich vor Verunreinigung zu schützen, kaum überwindbar, anderseits können aus jedem Leichenblute bei der Fäulnis säurebeständige kristallinische Bildungen ausfallen, die sich ganz wie die Silikate verhalten. Sie haben ferner an Tierversuchen gefunden, daß bei genügendem Druck Wasser aus den Lungen ebensogut in das rechte, wie in das linke Herz der Leiche übergehen kann. Die gewöhnliche Annahme, daß die Verdünnung des rechten Herzblutes vital sei, sei daher mindestens dann unzulässig, wenn starker Druck auf die Flüssigkeit in den Lungen eingewirkt hat, wie besonders nach künstlichen Respirationsversuchen.

XXXVI. Privatdozent Dr. Meixner-Wien demonstrierte **Purkinje'sche Zellen,** die er in einer Gewebsmasse nachweisen konnte, die am Rockkragen eines Mannes gefunden wurde, der des Totschlags beschuldigt wurde.

XXXVII. Prof. Dr. Merkel-Erlangen demonstrierte eine Reihe älterer und jüngerer **zerebraler Haemorrhagien** bei einem Bluter, welcher der letzten derartigen Blutung erlag.

XXXVIII. Prof. Dr. Haberda-Wien zeigte schöne Photographien von **Blutspritzern,** die zahlreiche Gasblasen erkennen ließen. Der Befund gestattete den Schluß, daß die Spritzer dem Blute der verletzten Lunge entstammten.

XXXIX. Die Empfängniszeit.

Prof. Dr. Haberda-Wien: Während wir in Deutschland durch den Begriff der „Offenbaren Unmöglichkeit“ des B.G.B. in gewissem Sinne gebunden sind, gestattet in Oesterreich das Gesetz dem Richter in strittigen Fällen eine freie Beweiswürdigung.

B. XXXIV. Abteilung für öffentliches Gesundheitswesen.[1])

I. Malariabekämpfung im österreichischen Küstenlande.

Der Vortragende, Dr. E. v. Celebrini, Hofrat und Landessanitätsreferent in Triest, geht bei seinen Ausführungen von den Grundsätzen aus, die s. Zt. durch den Minist.-Erlaß vom 29. April 1903 für die systematische Bekämpfung der Malaria im österreichischen Küstenlande gegeben sind. Danach soll „jede Ubikation, in der sich Malariakranke befinden, als möglicher Infektionsherd anzusehen und das Notwendige zu veranlassen sein, damit in dieser Ubikation und in deren Umgebung die Stechmücken selbst sowie etwaige Brutstätten derselben (Wasseransammlungen in Höfen und auf freien Plätzen, offene Gefäße mit Wasser im Hausflur, am Boden oder im Keller und dergleichen) beseitigt werden und in nicht abstellbare Wasseransammlungen die Vernichtung der Mückenlarven durchgeführt werde.“ Für die wirksame Bekämpfung der Krankheit gibt es somit nur drei Wege: Vernichtung der Parasiten im Menschen, Vernichtung der Anophelen und Schutz der Menschen vor deren Stich. Praktische Erwägungen nötigten dazu, im Küstenlande zunächst den ersten Weg zu beschreiten und eine Unschädlichmachung der Parasiten im Menschen und zwar durch eine systematische, teils kurative, teils prophylaktische Chininbehandlung der Bevölkerung der Malariagebiete anzustreben. Auf Grund der hierbei gemachten Erfahrungen und erzielten Erfolge kommt Vortragender zu folgenden Schlußergebnissen:

Eine rationelle, d. h. wirksame und einfache Malariabekämpfung kann nur durch systematische und prophylaktische Chininbehandlung der ganzen Bevölkerung des Malariagebiets durchgeführt werden. Das Chinin muß, damit das periphere Blut parasitenfrei erhalten bleibt, in der Malariasaison (vom 1. Juni bis Ende Oktober) täglich gebraucht werden. Nach einer auf den etwaigen Malariaanfall einsetzenden 1—2wöchigen intensiven Kur mit höheren Dosen ist eine tägliche prophylaktische Dosis von 0,4 g — bei Kindern abgestuft weniger — in der Regel ausreichend; sie muß aber jahrelang fortgesetzt werden, um Rezidive zu vermeiden. Der tägliche Chininverbrauch hat auch den großen Vorteil, daß die störenden Nebenerscheinungen nach 3 Tagen aufhören; sie wird außerdem von geschwächten Personen gut vertragen und wirkt bei diesen roborierend.

Bei der Chininbehandlung der Kinder eignen sich besonders die wohlschmeckenden Chinintabletten aus Chinintannat mit Kakao, die von den meisten Kindern gern genommen werden. Ohne alllgemeine Kinderbehandlung ist jede Malariabekämpfung wertlos; denn gerade die Kinder stellen das große Reservoir der Malariaparasiten dar. Will man sich z. B. von der Verseuchung einer Ortschaft ein richtiges Bild machen, so braucht man nur das Blut aller Kinder unter 10 Jahren zu untersuchen; in gleicher Weise kann man am sichersten den Erfolg der eingeleiteten Behandlung kontrollieren. Zur Durchführung dieser Kontrolle ist die Errichtung einer Malariauntersuchungsstation erforderlich; eine solche ist in Triest eingerichtet, die unter Leitung eines Arztes steht und in der die von den Aerzten nach den Vorschriften von Koch entnommenen und eingesandten Blutpräparate sämtlich untersucht werden.

Weit schwieriger als die Chininbehandlung ist die Tilgung der Anopheles durchzuführen. Vorbedingung dazu ist ein gründliches fachmännisches Studium der biologischen Verhältnisse der Anophelen in der betreffenden Gegend, dessen Ergebnis von großer Bedeutung für die Wahl der anzuwendenden Vertilgungsmittel ist (Petroleum, Saprol oder Larvizid, Ausräucherung mit Insektenpulver, Zerstäubung der von Giemsa empfohlenen mückentötenden Flüssigkeiten usw.). Alle diese Vertilgungsmittel erweisen sich aber nur bei ihrer Verwendung in geschlossenen Räumen als wirksam; sie versagen im Kampfe gegen die im Freien überwinternden Mücken. Gegen diese ist nur von Meliorisierungen und Assanierungen der betreffenden Gelände ein Erfolg zu erwarten, die allerdings

---

[1]) Von einem vollständigen Bericht über diese Abteilung muß leider abgesehen werden, da der dafür bestimmte Berichterstatter verhindert gewesen ist, an der Naturforscherversammlung teilzunehmen, und ein Ersatz für ihn nicht mehr zu bekommen war. Von den in der betreffenden Abteilung gehaltenen Vorträgen sind inzwischen zwei im Druck (Oesterreichisches Sanitätswesen Nr. 40 und 48) erschienen, so daß die obenstehenden Referate darüber gebracht werden konnten.

mit großen Kosten verknüpft sind (s. den nachstehenden Vortrag). Dem mechanischen Schutz (Gesichtsmasken, stichsichere Handschuhe, Drahtschutzgitter an Fenstern, Türen und Kammern usw.) mißt Vortragender wenig Wert bei; er sei außerdem kostspielig und seine Durchführung schwer zu überwachen.

II. Bodenassanierung zur Bekämpfung der Malaria in Dalmatien.

Der Berichterstatter, Baurat J. Horowitz, Leiter des Meliorationsbureaus in Zara, schildert zunächst die ungünstigen geologischen und hygienischen Verhältnisse der von der Malaria besonders heimgesuchten Gegenden; erst in den letzten Jahrzehnten habe man mit der Beseitigung der in dieser Hinsicht bestehenden Mißstände begonnen und dank der staatlichen Unterstützung und der Fortschritte der Technik eine wesentliche Besserung herbeigeführt. Er bespricht dann die dazu ergriffenen Maßregeln, die verschieden waren, je nachdem es sich um die Assanierung der in der Nähe der Meeresküste gelegenen Orte und Gegenden oder um die mehr landeinwärts gelegenen Gebiete handelte, die aber schließlich sämtlich auf eine Beschaffung einwandfreien Trinkwassers, Entsumpfung des Bodens durch Schaffung von ausreichender Vorflut, Regulierung der Flüsse usw. hinausliefen. Während der Arzt hauptsächlich der Vernichtung der Parasiten im Menschen im Auge haben muß, liegt dem Ingenieur die Vernichtung der Mückenbrut in der Natur ob, die aber nur durch viel Kleinarbeit und durch große Geldsummen, also nur durch Unterstützung des Staates zu erreichen ist. In Dalmatien sind in den letzten Jahrzehnten fast 18 Millionen Kronen für diesen Zweck verwandt; mindestens der gleiche Betrag wird aber noch zur völligen Durchführung der erforderlichen Assanierung nötig sein. Wenn auch durch die notwendigen Meliorisierungen und Assanierungen neue Werte geschaffen werden, so dürfe ihre Durchführung doch nicht von ihrer Rentabilität abhängig gemacht werden, zumal sie nicht allein zur erfolgreichen Bekämpfung der Malaria ausreichen. „Nach den Meliorationsarbeiten seien vielmehr noch besondere und teuere Arbeiten nötig, deren Ausführung die Hygieniker und öffentlichen Sanitätsorgane bei allen maßgebenden Faktoren erwirken sollten, da erst dann die Belehrung des Volkes zur Verhütung der Malaria und das Heilungswerk des Arztes zum Ziele gelangen werden."

Bericht über den II. Deutschen Fürsorgestellentag am Mittwoch, den 22. Oktober 1913 in Berlin.

Berichterstatter: Dr. Kögel, Oberarzt an der Heilstätte Auguste-Viktoria-Stift in Lippspringe.

Der zweite Deutsche Fürsorgestellentag, der am Tage vor der XI. Internationalen Tuberkulose-Konferenz im Plenarsitzungssaal des Abgeordnetenhauses unter dem Vorsitz von Geheimrat Freund in Vertretung des Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky-Berlin abgehalten wurde, war nicht blos aus allen Teilen Deutschlands, sondern auch von ausländischen Teilnehmern der Tuberkulose-Konferenz zahlreich besucht. Nachdem der Vorsitzende die Versammlung begrüßt und der Generalsekretär Prof. Dr. Nietner verschiedene geschäftliche Mitteilungen gemacht hatte, wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. Organisation der Fürsorgestellen für Lungenkranke und ihre Stellung zu den anderen für die Tuberkulosebekämpfung in Betracht kommenden Wohlfahrtseinrichtungen. Berichterstatter: Hofrat Dr. Ferd. May-München. Nach einem historischen Ueberblick über die Entstehung der französisch-belgischen Dispensaires (Calmette), die die Behandlung der Lungenkranken z. T. mit übernehmen, der Polikliniken für Lungenkranke (Fraenkel), der Fürsorge vom Roten Kreuz in Berlin, sowie über die Verdienste von Pütter, Althoff und Freund, werden zunächst die Aufgaben der Fürsorgestellen besprochen. Es ist vor allem die Kindheitsinfektion zu bekämpfen, doch darf dabei die Masseninfektion der Erwachsenen nicht unberücksichtigt gelassen werden. Auch sind Maßnahmen der Verhütung einer Infektion durch den Typus bovinus nicht zu vergessen. Es kann sich nur um die Frage handeln, wer alles Träger der Fürsorgestellen sein kann, nicht wer sie sein soll. Die Vielseitigkeit ist wichtig. Wenn Behörden und Städte die Träger der Fürsorgestellen sind, die oft Erfreuliches leisten, so müssen die Fürsorgestellen nicht der Armenpflege, sondern dem Gesundheitsamt unterstehen. Jeder bureaukratische Charakter muß vermieden werden. Oft ist jedoch der private Charakter der Fürsorgestellen vorteilhafter wegen der leichteren Be-

weglichkeit von Vereinen, mögen das nun Provinzial- oder kleinere Vereine sein. Besonders haben die Roten Kreuz Vereine Rühmliches geleistet. Von den 818 Fürsorgestellen sind 417 = 53 % von Behörden oder öffentlichen Organen errichtet, die übrigen von Vereinen. Territoriale Verhältnisse spielen häufig eine große Rolle. Jedenfalls hat der Träger die nötigen Geldmittel, der Leiter das nötige Leben in die Fürsorgestellen zu bringen. Daher ist die Persönlichkeit des Leiters, möge dieser ein Arzt oder ein Beamter oder beides sein, für die Fürsorgestelle ausschlaggebend. 59 % unter den Leitern sind Aerzte, von denen 390 zugleich Fürsorgeärzte sind. Die Stelle soll gut honoriert werden. Es lohnt sich durchaus, die Anstellung von Fürsorgeschwestern mehr als die von Damen oder Fürsorgepflegern. Als Räumlichkeiten eignen sich im Zentrum gelegene Räume; ein Röntgenapparat ist wünschenswert. Es muß 1) stets von der Behandlung abgesehen werden; 2) es darf nur mit schriftlicher Ueberweisung des behandelnden Arztes ein Fall übernommen werden. Für das platte Land sind die Verhältnisse anders als in der Stadt. Eine Zusammenfassung der Fürsorge für Lungenkranke mit der Fürsorge anderer Gebiete ist in Erwägung zu ziehen, doch nicht eine selche mit der Säuglingsfürsorge. Der Berichterstatter hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Träger der Fürsorgestellen können Gemeindeverwaltungen, namentlich die Abteilungen für Gesundheitspflege, aber auch eigene Tuberkulose- und andere Vereine, Ausschüsse, Behörden und andere Faktoren sein.

2. Die Organisation ist den jeweiligen örtlichen Verhältnissen anzupassen.

3. Die Persönlichkeiten, welche die Tuberkulosefürsorge durchzuführen haben, sind der leitende Fürsorgearzt und die Schwestern; eine Vereinigung dieser Funktionen in zwei oder gar nur in einer Person ist unzweckmäßig.

4. Aerztliche Behandlung soll von allen Fürsorgestellen nur dann gewährt werden, wenn besondere Gründe es gebieten oder sonst keine ärztliche Hilfe erreicht würde.

5. Eine Zusammenfassung der Fürsorgestellen in größeren Städten ist im allgemeinen nicht zu empfehlen.

6. Die für die Großstädte angebrachte Organisation ist für das Land und die kleinen Städte ungeeignet. In den kleineren Städten sollen die besonderen Ausschüsse mit den größeren Fürsorgestellen in Verbindung stehen und ebenso mit dem Kreisarzt und den praktischen Aerzten, die sich der Fürsorge widmen.

7. Wo keine besonderen Fürsorgeschwestern vorhanden sind, sind die Gemeindeschwestern, Landeskrankenpflegerinnen oder besondere Fürsorgepersonen zu veranlassen, jeden Tuberkulosefall aufzusuchen, damit er unschädlich gemacht wird.

8. Die Fürsorgestellen sollen keine Wohltätigkeitsanstalten sein, sondern gemeinnützige Wohlfahrtsanstalten; sie müssen daher mit allen anderen gemeinnützigen Wohlfahrtsanstalten in Verbindung stehen."

Diskussion.

Nach Begrüßung durch den Vorsitzenden gibt Prof. Dr. Calmette einen Ueberblick über die Entwicklung der Dispensaires in Frankreich. In der weiteren Diskussion traten sowohl Stimmen für die privaten Fürsorgestellen (Pütter-Berlin, Steinberg-Breslau, A. Meyer-Berlin) als für die behördlichen Fürsorgestellen auf (Kayserling und Becker-Charlottenburg, Cohn-Posen). Es konnte festgestellt werden, daß beide Arten zu Recht bestehen (Harms-Mannheim). Für eine behördliche Grundlage sprechen die bessere Durchführung der Anzeigepflicht und andere Momente (Kayserling), dagegen, daß eine Fürsorge, die zugleich Disziplinargewalt hat, schadet (A. Meyer). Ein großer Verein als Träger einer Fürsorge kann über eine Stadt und einen bestimmten Bezirk hinausgehen und trotzdem die behördlichen Mittel heranziehen (Pütter-Berlin, Krause-Bonn). Auch soll den Fürsorgestellen der Kampf gegen Krebs und Alkoholismus übertragen werden (Pütter). Die R.V.O. gibt jetzt die Möglichkeit, daß die Fürsorgestellen auf gesetzlichem Wege durch Krankenkassen usw. mehr Mittel als bisher bekommen (A. Meyer). Der § 363 gäbe den Krankenkassen das Recht, umfassende Wohnungsfürsorge zu treiben. Krause-Bonn und Steinberg-Breslau fordern einen Arzt

als Leiter der Fürsorgestelle. Pütter-Berlin, Krause-Bonn, Stuertz-Cöln, v. Rosen-Stockholm, v. Schrötter-Wien bringen Einzelheiten über die von ihnen geleisteten Fürsorgestellen. Stuertz empfiehlt weiteste Anwendung des Röntgenapparates (Durchleuchtung), da dieser bei einer großen Fürsorgestelle zwei Assistenten ersetzen könne. Die unerquicklichen Berliner Verhältnisse, wo sich ja Fürsorgestellen verschiedener Organisationen um den Lungenkranken streiten können, wurden in die Diskussion hineingezogen.

II. Die Aufgaben der Fürsorgeschwestern in den Fürsorgestellen für Lungenkranke. Der Berichterstatter, Ob.-Reg.-Rat Dr. Oertel-Chemnitz stützte seine wertvollen Ausführungen hauptsächlich auf eigene Erfahrungen. Die Tätigkeit der Schwester wurde genau durchsprochen; sie gliedert sich in eine Tätigkeit in der Sprechstunde, in der Führung von bestimmten Büchern und Tabellen, in der Ueberwachung Belehrung und beratenden Tätigkeit im Hause der Kranken. Hier steht die Hygiene des Schlafzimmers, der Eßgeschirre, die Kinder-Prophylaxe an erster Stelle. Im Speziellen wurde gefordert, daß die Schwester von der Untersuchung des Auswurfs ferngehalten werden solle.

In der Diskussion wurde über ein mit Hilfe der Landesversicherungsanstalt gebautes eigenes Fürsorgehaus berichtet, an das sich dann noch ein eigenes Kindererholungsheim anschloß. Steinberg-Breslau sprach über prophylaktische Maßnahmen tuberkulosegefährdeter Kinder von denen die Säuglinge in entsprechenden Säuglingsheimen, die älteren Kinder in Orten, wo Fürsorgestellen vorhanden sind, untergebracht sind. Von seiten der Eltern wurden bisher keine besonderen Schwierigkeiten gemacht.

Zur Verbesserung der Wohnungshygiene, auf die in der Diskussion von verschiedenen Seiten besonderer Wert gelegt wurde, wurde 1. das Zusammenarbeiten der Fürsorge mit einer Baugenossenschaft empfohlen. Es müssen alle Maßnahmen, die zur Verbesserung der Wohnungen dienen können, herangegezogen werden, also 2. Regelung des Hypothekenwesens, 3. billige Bahnverbindungen, 4. gemeinsame Arbeit mit Stadt und Behörde. Harms-Mannheim findet in der Gartenstadt-Bewegung noch nicht die Lösung des Problems der Wohnungshygiene, doch sei die Isolierung Schwerkranker, wie sie in Altena durchgeführt wird, vorbildlich. Kreisarzt Dr. Berger-Krefeld will die Tuberkulose-Fürsorge vor allem auf die weiblichen Schulentlassenen ausgedehnt wissen, und mit Recht, da die Tuberkulose-Morbidität in diesem Alter, seitdem die Frau immer mehr auf dem Arbeitsmarkt auftritt, sich zu ungunsten der weiblichen Bevölkerung verschoben hat. Noch manche wichtige Beobachtung aus der Praxis der Fürsorgestellen wurde mitgeteilt.

Zum Schluß regt Generalsekretär Dr. Nietner die Fürsorgeärzte an, für das von ihm und Kayserling herausgegebene Tuberkulose-Fürsorgeblatt Beiträge zu liefern, die praktischen Wert für die Tuberkulosebekämpfung haben. Die Zeitschrift soll ein Nachschlagewerk für alle Fürsorgestellen werden.

Bericht über die XI. internationale Tuberkulosekonferenz am 22.—26. Oktober in Berlin.

Berichterstatter: Dr. Kögel, Oberarzt an der Heilstätte Auguste-Viktoria-Stift in Bad Lippspringe.

Die Konferenz fand ebenfalls in den Räumen des Abgeordnetenhauses statt, in dessen Wandelhalle auch der Begrüßungsabend am Mittwoch, den 22. Oktober abgehalten wurde.

Erster Sitzungstag, Donnerstag, den 23. Oktober.

In Gegenwart der hohen Protektorin, Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin, wurde die Festsitzung von dem Vorsitzenden, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Bumm-Berlin eröffnet. Nach den Begrüßungsansprachen des Staatssekretärs Dr. Delbrück als Vertreter des Deutschen Reiches, der Herzogs von Ratibor im Namen des deutschen Konferenzkomitees, von Landoucy-Paris als Vertreter des durch Krankheit behinderten Vorsitzenden des internationalen Komitees Leon Bourgeois-Paris, sowie des Vertreters der Stadt Berlin, Stadtmedizinalrat Weber.

I. Der Mensch und die Tuberkulose.

Als erster Referent behandelte Landoucy-Paris das Thema: Die klinischen Formen der menschlichen Tuberkulose in den verschiedenen Lebensaltern. Dann sprach Shenan-Edinburg über: Die tuberkulösen Gewebs- und Organveränderungen in den verschiedenen Lebensaltern. Hamburger-Wien behandelte die Frage: Was verdankt die Lehre von der menschlichen Tuberkulose der experimentellen Medizin? Sein Vortrag bildete den Höhepunkt des Tages, an ihn knüpften auch die meisten Diskussionsredner an. Im Rahmen dieses Referates sollen nur einige Punkte aus den von Hamburger aufgestellten Leitsätzen herausgenommen werden: Die experimentelle Medizin brachte teils mit dem Tierexperiment, teils mit dem klinischen Experiment am Menschen jedenfalls die wichtigsten Bausteine für das Lehrgebäude der Tuberkulosepathologie, nämlich die Erkenntnis von der infektiösen Natur der Tuberkulose und die Feststellung des Erregers. Weiter sind die Lehre vom Primäraffekt und von der regionären Drüsenerkrankung rein experimentell gewonnen. Ferner sind die Sätze: Die Tuberkuloseinfektion findet gewöhnlich durch Inhalation statt, und die meisten Menschen infizieren sich im Kindesalter experimentell bewiesen. Auch die Feststellung der Tatsache von der Immunität gegen tuberkulöse Reïnfektion sowie die Tatsache, daß die Immunität nur eine relative ist, und die Reïnfektionsstellen wieder aufflammen können, verdanken wir dem Experiment. Im ganzen gilt der Satz: Die tierexperimentelle Methode steht über der histologischen, also die biologische über der morphologischen. Die Lehre von der Lungenphthise als Spät- oder Tertiärform der Lungentuberkulose ist vorderhand experimentell noch nicht bewiesen, ebenso die Vorstellung der Exazerbation alter tuberkulöser Herde.

Ueber die sich anschließende stundenlange Diskussion kann hier nur kurz berichtet werden. Die verschiedenen klinischen Formen der Tuberkulose erörterten Ghon-Prag (primärer Lungenherd), Petruschky-Danzig, Espina y Capo-Madrid, Ranke-München und andere. Die Einteilung der menschlichen Tuberkulose in 3 Formen und Stadien in Analogie der Syphilis, primäre, sekundäre und tertiäre, gewinnt immer mehr Anhänger. Auf die lokalen dispositionellen Momente der Lungenspitzen wird auf Grund seiner bekannten Versuche von Bacmeister-Freiburg hingewiesen; tierexperimentelle Erfahrungen mit Röntgenstrahlen brachte Küpferle-Freiburg. Much-Hamburg erzählte seine interessanten biologischen Untersuchungen an den Völkern Jerusalems mit Hilfe seiner Partialantigene.

II. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Prof. Dr. Brauer-Hamburg als erster Referent besprach in seiner übersichtlichen und klaren Art alle neuen, z. T. schon bewährten Methoden und begrenzte präzise ihre verschiedenen Indikationen. Tuffier-Paris folgte als zweiter Redner, dem sich in der Diskussion Bernard, Rénon, Jessen-Davos, Saugmann-Daugaard, Stuertz-Cöln, Staub-Davos u. a. zugesellten. Hervorzuheben ist, daß die sogenannten Pleurareflexe stets Embolien darstellen; es ist darum die Schnittmethode nach Brauer vorzuziehen und zweckmäßig zunächst O statt N anzuwenden. Die Ansichten über die Nutzen der Pleuraexsudate waren geteilt. A. Meyer gliederte eine Gruppe von sterilen Pleuraexsudaten ab, die durch Anwesenheit von Partial-Antikörpern Nutzen haben; die meisten anderen hielten nach wie vor das Pleuraexsudat für eine unangenehme Beigabe der Pneumothoraxtherapie, schon wegen der ev. entstehenden Pleuraschwarten. Daß auch die ausgedehnte extrapleurale Plastik in der Hand eines geübten Chirurgen ausgezeichnete Resultate haben kann, zeigte Sauerbruch-Zürich, der unter 158 Operierten nur 2 Operationstodesfälle hatte. „Wir haben gelernt, selbst schwerste einseitige Tuberkulosen, die nur durch äußere Verfahren nicht zu bessern sind, durch verschiedene chirurgische Maßnahmen so günstig zu beeinflussen, daß ein Teil geheilt oder gebessert wird.“

An diese Sitzung schlossen sich eine Reihe Vorträge mit Lichtbildern, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Zweiter Sitzungstag, Freitag, den 24. Oktober.

Für die Leser dieser Zeitschrift hat von den Verhandlungsgegenständen der zweite Sitzungstag ganz besonderes Interesse.

III. Die Bedeutung des Versicherungswesens für die Bekämpfung der Tuberkulose.

Zunächst sprach K. Fränkel-Newyork über die private Lebensversicherung. Von großen Newyorker Lebensversicherungen wird bei versicherten Tuberkulösen durch prophylaktische Kuren wirksam eingegriffen. Grégoire-Lüttich berichtete über die in Frankreich weit verbreitete Versicherung auf Gegenseitigkeit im Kampfe gegen die Tuberkulose.

Eine Uebersicht über das bisher Erreichte in Deutschland und über die Ziele zur Bekämpfung der Volksseuche brachte der Präsident des Reichsversicherungsamts, Dr. Kaufmann-Berlin in seinem Vortrag: Die deutsche Arbeiterversicherung im Kampfe gegen die Tuberkulose. Aus seinen Leitsätzen sei folgendes herausgegriffen:

1. Mit einem Kostenaufwand von 19,2 Mill. M. wurden 1912 im ganzen über 50000 Lungenkranke in Heilstätten usw. behandelt; von den 1907 mit Erfolg Behandelten waren Ende 1912 noch 57 % erwerbsfähig. Die hygienische Erziehung, die den Pfleglingen in den Heilstätten zu teil wird, ist allmählig in das Volksbewußtsein übergegangen. Der Ausbau der Walderholungsstätten zu Walderholungsheilstätten, in denen das Bett auf 1500 bis 1800 Mark zu stehen kommt, ist zu erwägen. Auch geeignete ländliche Krankenhäuser sollen für die Behandlung Tuberkulöser herangezogen werden.

2. Auch die Krankenkassen haben sich um die Bekämpfung der Tuberkulose verdient gemacht und eigene Heilstätten erbaut.

3. Die Heilstättenbehandlung muß durch eine Fürsorge für unheilbare Tuberkulöse ergänzt werden: a) Die Fürsorgestellen empfingen 1912 Zuschüsse von den Versicherungsanstalten in Höhe von 392000 M.; einige Versicherungsanstalten (Württemberg, Berlin) haben eigene Fürsorgestellen. b) Für Verbesserung der Wohnungsverhältnisse sind bisher 418 Millionen Mark dahrlehnsweise hergegeben worden. c) Besondere Invalidenheime für schwerkranke Tuberkulöse haben sich nicht bewährt. Es ist jetzt als richtig erkannt, die tuberkulösen Invaliden in besonderen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser oder in Spezialkrankenhäusern für Tuberkulöse unterzubringen. Die Heilstätten der Versicherungsanstalten sollen tunlichst durch Aufnahme unheilbarer Kranker ausgestaltet werden (Versicherungsanstalten Braunschweig und Schlesien). Die rheinische Versicherungsanstalt hat vorbildliche Maßnahmen zur Unterbringung lungenkranker Rentenempfänger getroffen (von 1208 untergebrachten Rentenempfängern gehören der Rheinprovinz 504 an). Die Pflegesätze betragen hier durchschnittlich 1,80 M. Ein Teil der Rente darf den Angehörigen belassen werden.

4. Seit Einführung der Hinterbliebenen-Versicherung dürfen die Versicherungsanstalten Waisenrentenempfänger in einem Waisenhaus oder dergleichen unterbringen. Die Heilfürsorge kann also auf Kinder ausgedehnt werden.

5. Die Versicherungsanstalten wenden den Lupuskranken und den durch die Heliotherapie mit Erfolg behandelten Knochen- und Gelenk-Tuberkulosen erhöhte Teilnahme zu.

6. Der Sieg über die Tuberkulose als Volksseuche ist in Deutschland kein Traum mehr.

Der Vertreter der Hansestädte Geheimrat Bielefeld-Lübeck machte Mitteilungen über Unterbringung gefährdeter Kinder auf Grund von Waisenrenten.

Weiterhin sprach Präsident Dr. Koch-Berlin über die bisherige Tätigkeit der Reichsversicherangsanstalt für Angestellte. Einer großen Anzahl von Anträgen auf Einleitung des Heilverfahrens ist stattgegeben. 4 ½ Millionen sind für die Wohnungshygiene verwandt.

Schließlich wurde von v. Dziembowski-Posen über die Mitarbeit der privaten Lebensversicherungsgesellschaften an dem Kampfe gegen die Tuberkulose gesprochen, die er für wünschenswert hält.

In der Diskussion warf Dr. Kühler-Berlin die Frage auft, ob nicht Lebensversicherung und Krankenversicherung verschiedene Ziele und Aufgaben zu verfolgen hätten; Dr. Meyer wies auf Grund statistischen Materials darauf hin, daß die Lebensversicherungsgesellschaften auch das größte eigene Interesse hätten, an dem sozialen Kampfe sich zu beteiligen. Der Appell des Generalsekretärs Prof. Dr. Pannwitz an die privaten deutschen Lebensversicherungsgesellschaften, mit der internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose und den staatlichen Versicherungsanstalten ähnlich wie in Newyork die Tuberkulose gemeinsam zu bekämpfen, fand bei allen Zuhörern wärmste Teilnahme.

IV. Berufsschulen für tuberkulosegefährdete Kinder wurden besprochen von Blumenthal-Moskau und Chaptal-Paris. Franz-Berlin wies auf die Ausdehnung der Kindertuberkulose als solche besonders durch Ueberhandnahme einer beruflichen Tätigkeit der Kinder hin. Durch Tuberkuloseheilstätten, an denen Berufsschulen angegliedert sind (Hohenlychen), sollen diese gefährdeten Kinder einem Freiluft-Beruf bei guter und zugleich kräftigender Vorbereitung zugeführt werden. Bruck und Pannwitz besprachen an der Hand einer genau durchgeführten 10jährigen Statistik die Erfolge in Hohenlychen Eine nach diesen Grundsätzen durchgeführte Behandlung, die an die eigentliche Behandlung noch eine Beschäftigungskur und weiterhin eine gesundheitliche einwandsfreie Unterweisung zu beruflicher Tätigkeit ausschließt, erscheint geeignet, die, in der Heilstätte erzielten Resultate noch zu vertiefen und die Prognose für Leben und spätere Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Rechtzeitige Heilstättenkur ist ein Gewinn für die Volksgesundheit, auch ökonomisch durch Ersparung späterer Unterstützungskosten Wolff-Reiboldsgrün berichtete über günstige Erfahrungen, die in Sachsen durch Aufenthalt gefährdeter Kinder auf einem Bauerngut gemacht sind. Baginsky-Berlin und v. Rosen-Stockholm u. a. sprachen sich ebenfalls für die große Bedeutung einer geeigneten Berufswahl und der Schaffung dafür günstiger hygienischer Bedingungen aus. Behla-Berlin machte darauf aufmerksam, daß die Sterblichkeit an Kindertuberkulose fast gleich geblieben ist. Der Anteil der Todesfälle an Skrofulose ist durchschnittlich nur ein geringer.

Dritter Sitzungstag, Samstag, den 25. Oktober.

Von den zahlreichen angemeldeten Vorträgen, die unmöglich alle besprochen werden können, seien für die Leser dieser Zeitschrift als besonders interessant folgende herausgegriffen:

1. Landesdirektor von Glasenapp-Arolsen: **Die Anzeigepflicht bei Tuberkulose.** Vortragender forderte: 1. Die allgemeine Einführung der Anzeigepflicht für Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose. 2. Bei Erkrankungen an Lungen- und Kehlkopftuberkulose ist sie einzuführen, a) bei offener Tuberkulose, b) bei Wohnungswechsel. 3. Die Anzeige wird zu erstatten sein a) vom Arzt, in dessen Mangel b) von dem Haushaltungsvorstand, c) von jeder sonstigen Pflegeperson, d) von dem Wohnungs- oder Hausbesitzer, e) von dem Leichenschauer. 4. Kostenlose Desinfektion ist allgemein einzuführen. Die freiwillige Anzeige ist zunächtst durch Belehrung anzuerziehen.

2. Kreisarzt Dr. Hillenberg-Zeitz: **Epidemiologische Untersuchungen zur Frage der Phthisiogenie.** Auf Grund außerordentlich zahlreicher und mühseliger Zusammenstellungen kommt Hillenberg u. a. zu den wichtigen Feststellungen, daß die Annahme, die Phthise der Erwachsenen sei das Produkt einer Autoreïnfektion von einem infantilen Herd aus, in dieser Allgemeinheit nicht zutreffend sein kann. Phthisen Erwachsener, die im 4. und 5. Lebensjahrzehnt oder noch später manifest werden, beruhen in der Regel auf exogener Spätinfektion.

3. **Die Tätigkeit der Frau im Kampf gegen die Kinder-Tuberkulose,** über die Frau Annemanns-Brüssel. Einzelheiten betreffs der Tätigkeit der Dames patronesses in Brüssel brachte, wurde weiter von Frau Monneron-Tissot-Lausanne und Freifrau von Lauter-Karlsruhe, Vorsitzende des badischen Frauenvereins, gebührend hervorgehoben. Den „Deutschen Frauen ist der Kampf gegen die Tuberkulose eine Herzenssache.“ Weitere Beiträge für diese Frage brachten Chaptal-Paris und Guignard-Bligny.

4. Ob.-San.-Rat Dr. Altschul-Prag brachte ein ausgezeichnetes kritisches Referat über **die Tuberkulose unter den Lehrern** auf Grund statistischen amtlichen Materials aus Deutsch-Böhmen von 10000 Lehrpersonen. Die eigentliche Berufskrankheit der Lehrerinnen und Lehrer sei nicht die Tuberkulose, sondern die Nervosität. Seine vom österreichischen Komitee unterstützte Anregung, die recht verwickelte Frage der Lehrererkrankungen mit besonderer Berücksichtitung der Tuberkulose durch internationale einheitlich geregelte Statistik zu prüfen, wird vom engeren Rat des internationalen Zentralkomitees beschlossen. Auf seinen Vortrag muß besonders hingewiesen werden.

5. Lehrer Lorenz-Berlin berichtete über die **Gründung der K iser Jubiläums-Stiftung des deutschen Lehrervereins,** die erkrankten Lehrern die Mittel zur Gesundung gewährt. Die Tuberkulose der Lehrer sei keine Berufskrankheit, sondern durch soziale Verhältnisse bedingt.

6. Dr. Crédé-Hoerder-Friedenau erörterte die wichtige Frage der

Wechselbeziehungen zwischen **Schwangerschaft und Tuberkulose.** Durch ungenügende Atmung während der Schwangerschaft kann sich die Tuberkulose verschlimmern, ebenso durch Nahrungsmangel; eine weitere Folge der fortschreitenden Schwangerschaft ist Blutleere der Lungen. Bei leichten Fällen schadet die Schwangerschaft wenig, gefährlich wird sie im zweiten Stadium der Tuberkulose; hier sollte deshalb eine künstliche Unterbrechung gestattet sein.

Zum Schluß sei der Versuch von Petruschky-Danzig erwähnt, mit Hilfe einer Inunktionskur mit selbsthergestellten Tuberkulose-Antigenen eine ganze tuberkuloseverseuchte Ortschaft planmäßig zu sanieren. Ob die stark optimistischen Hoffnungen sich bewahrheiten werden, bleibt abzuwarten. Petruschky will das Verfahren in ländlichen Kreisen angewandt wissen.

Von den Beschlüssen des engeren Rats sei erwähnt, daß nunmehr internationale Zeichen für den Lungenbefund angenommen sind, daß hinsichtlich der Sonnenbehandlung eine einheitliche Bezeichnung in allen Ländern eingeführt, schließlich die Statistik einheitlich geregelt und auch eine Enquète über die Tuberkulose im Lehrerstande veranstaltet werden soll.

Am Schluß der Sitzung dankte Prof. Dr. Landouzy-Paris in verbindlichen Worten dem Generalsekretär der Internationalen Vereinigung, Prof. Dr. Pannwitz. Präsident Bumm bezeichnete es als Herzensbedürfnis, auch seinerseits sich diesem wohlverdienten Danke anzuschließen, da der Generalsekretär eine riesige Last an Arbeit mit großer Geschicklichkeit geleistet habe. Er dankte dann weiter allen, die zu dem befriedigenden Verlauf des Kongresses beigetragen hätten, und forderte die Versammlung auf, auch fernerhin dem Kampf gegen die Tuberkulose bis zum letzten Können treu zu bleiben. Schließlich stattete Prof. Landouzy-Paris in überaus anerkennenden Worten an Präsident Bumm den Dank der Konferenz ab.

Am Schluß der Sitzung wurden u. a. folgende Herren zu korrespondierenden Mitgliedern der Vereinigung gegen die Tuberkulose ernannt: Chefarzt Prof. Dr. Roepke, Heilstätte Stadtwald bei Meisungen, Chefarzt Dr. Ziegler, Haidehaus bei Hannover, und Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover.

Vom 15.—21. Oktober fanden anläßlich der Konferenz zwei **Informationsreisen** statt, von denen die eine von München über Frankfurt nach Berlin, die andere von Düsseldorf über Hamburg nach Berlin führte. Auf diesen Reisen wurden Tuberkulose-Fürsorge-Einrichtungen, Heilstätten und Wohlfahrts-Einrichtungen besichtigt. Es war so allen, die mit der Tuberkulose-Bekämpfung zu tun haben, Gelegenheit gegeben, Muster-Einrichtungen und Anstalten auf diesem Gebiete praktisch kennen zu lernen. Auch in Berlin war dafür gesorgt, da die dortigen mustergültigen Fürsorgestellen für Lungenkranke und die Heilanstalten und Berufsschulen vom Roten Kreuz in Hohenlychen und des neuen Mittelstandes-Sanatoriums Schloß Fürstenberg besucht werden konnten.

Im Anschluß an die Konferenz fand am 27. Oktober die Sitzung des **Lupus-Ausschusses des Deutschen Zentral-Komitees** statt.

Nach einem Bericht über die Tätigkeit der Lupus-Kommission im Jahre 1912—13 durch den Generalsekretär Prof. Dr. Nietner folgte ein Vortrag von Jacobsohn-Bern über die ektogene und endogene Entstehung des Lupus. Auf den Vortrag, der nachzulesen ist, kann hier nicht eingegangen werden. Die Diskussion, an der sich Neisser-Breslau, Orth und Blaschko-Berlin, Zieler-Würzburg, Wichmann-Hamburg u. a. beteiligten, brachte vor allen die Wichtigkeit der Erkennung und Bekämpfung des Nasenlupus. Zu seiner Erkennung ist namentlich die subkutane Tuberkulindiagnostik mit hohen Dosen heranzuziehen. Die Behandlung des Lupus wurde weiter von Lautsch-Graudenz (Radium- und Mesothorium-Behandlung), von Jacobi-Freiburg (Behandlung mittels Diathermie), von Gräfin von Linden-Bonn und Strauß-Barmen (Behandlung mit Kupferpräparaten und Methylenblau) und von Carl Bruck-Breslau (Behandlung mit Goldpräparaten und Borcholin) besprochen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Deutscher Medizinalbeamten-Verein.

Offizieller Bericht

über die

Neunte Hauptversammlung

zu

Breslau

am 12. und 13. September 1913.



Berlin 1913.
FISCHER'S MEDICINISCHE BUCHHANDLUNG
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Erster Sitzungstag.

Seite

1. Eröffnung der Versammlung 1
2. Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl und Bericht der Kassenrevisoren 5
3. Der Schutz gegen Geisteskranke. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Dr. Leppmann-Berlin 8
4. Vorstandswahl 27
5. Die Aufgaben der gerichtl.-medizinischen Institute. Mit Demonstrationen. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Lesser-Breslau . 28
6. Moderne Prostituiertenuntersuchung. Vorschläge zur Hygiene im polizeiärztlichen Untersuchungszimmer. Mit Demonstrationen. Berichterstatter: Polizeiarzt Dr. Dreuw-Berlin 39

Zweiter Sitzungstag.

1. Gesetzlicher Seuchenschutz.
   A. Die staatliche Seuchengesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des Auslandes. Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Gumprecht-Weimar 72
   B) Praktische Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen im Inlande und die dabei gemachten Erfahrungen. Referent: Reg.- und Med.-Rat Dr. Krause-Oppeln 131

Mitgliederverzeichnis 186

Anlage zu V: Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute.

Erster Sitzungstag.

Freitag, den 12. September 1913, vormittags 10 Uhr
im Stadtverordnetensaale des Stadthauses.

I. Eröffnung der Versammlung.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund,** Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W., Vorsitzender: Meine hochverehrten Damen und Herren! Im Namen des Vorstandes heiße ich Sie herzlich willkommen und spreche Ihnen unseren Dank dafür aus, daß Sie so zahlreich — ich hoffe, daß die wenigen leeren Plätze sich noch im Laufe des Vormittags füllen werden — zu der diesjährigen Versammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins erschienen sind. Insbesondere begrüße ich die Vertreter der einzelnen Bundesstaaten und der Stadt Breslau, Herrn Reg.-Präsidenten Freiherrn von Tschammer und Quaritz als Vertreter des Herrn Oberpräsidenten und Herrn Oberbürgermeister Matting als Vertreter der Stadt Breslau, ferner die Herren Ob.-Med.-Rat Dr. Walz-Stuttgart, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, Ober-Med.-Rat Dr. Roggenbau-Neu-Strelitz, Geh. Med.-Rat Dr. Engelbrecht-Braunschweig, Geh. Med.-Rat Dr. Richter-Dessau, Geh. Med.-Rat Dr. Scheube-Greiz und Geh. Med.-Rat Dr. Bayer-Rudolstadt als Vertreter der Staatsregierungen von Württemberg, Sachsen-Weimar, Mecklenburg-Strelitz, Braunschweig, Anhalt, Reuß ä. L. und Schwarzburg-Rudolstadt, Herrn Geh. San.-Rat Dr. Körner-Breslau als Vertreter der schlesischen Aerztekammer und Herrn Stadtrat Prof. Dr. Fränkel sowie die aus dem befreundeten Nachbarstaat erschienenen Mitglieder des Reichsverbandes Oesterreichischer Amtsärzte, insbesondere dessen Vorsitzenden, Herrn Reg.-Rat Dr. Paul-Wien.

Meine sehr verehrten Herren! Ich danke Ihnen allen, daß Sie unserer freundlichen Einladung in so liebenswürdiger Weise gefolgt sind. Einen besonderen Dank aber auch dem hiesigen

Ortsausschuß, Damen sowohl wie Herren, die so bereitwilligst alle Vorbereitungen getroffen haben, um uns den Aufenthalt hier in Breslau so angenehm wie möglich zu machen. Namentlich gilt dieser Dank dem Vorsitzenden dieses Ortsausschusses, Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Telke. Mögen die herzlichen Wünsche, die er uns gestern auf dem Begrüßungsabend für die diesjährige Tagung entgegenbrachte sowohl in bezug auf den Verlauf unserer Verhandlungen, als in bezug auf die sonstigen Annehmlichkeiten, die uns Breslau bietet, voll in Erfüllung gehen! Mit diesem Wunsche eröffne ich die diesjährige Hauptversammlung und erteile das Wort dem Herrn Reg.-Präsidenten Freiherrn v. Tschammer und Quaritz:

Herr Reg.-Präs. Freiherr **von Tschammer und Quaritz**-Breslau: Meine verehrten Anwesenden: Im Namen der hiesigen Staatsverwaltungsbehörden habe ich die Ehre, Sie, die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, sowie die Herren Vertreter aus unserem benachbarten Kaiserreiche auf das herzlichste hier willkommen zu heißen und meiner Freude darüber Ausdruck zu geben, daß Sie gerade in diesem Jahre unsere ehrwürdige Provinzialstadt zum Sitze Ihrer Tagung gemacht haben. Wiederum haben Sie sich hier vereinigt zu ernster Arbeit, zum Meinungsaustausch und zur Pflege persönlicher Beziehungen, getreu der vornehmsten Aufgabe, die sich Ihre Vereinssatzung setzt, und die dahin geht, die wissenschaftliche Fortbildung der Mitglieder neben der beruflichen praktisch zu fördern; getreu dieser Aufgabe haben Sie sich auch diesmal eine Reihe recht wichtiger Beratungsgegenstände für Ihre Verhandlungen vorgenommen. Wenn diese Beratungsgegenstände auch in erster Linie das Interesse des Mediziners erwecken, so berücksichtigen sie doch in hohem Maße auch das Gebiet der reinen Verwaltung, der Exekutive; denn alle die Dinge, die zu den Aufgaben der Medizinalbeamten gehören, bedürfen der praktischen Durchführung im täglichen Leben und deshalb des Eingreifens und der Mitwirkung der Verwaltungsbehörden. Umsomehr haben wir allen Anlaß dazu, Ihren Beratungen mit vollster Aufmerksamkeit zu folgen, und wenn ich Ihnen jetzt herzlich wünsche, daß diese einen ersprießlichen Erfolg haben mögen, so geschieht dies nicht nur aus rein uneigennützigen Erwägungen, sondern im eigensten Interesse der staatlichen Verwaltung und ihrer Behörden. Ich knüpfe daran noch den herzlichsten Wunsch, daß Sie sich, die Sie so weit hergekommen sind, in unseren schlesischen Gauen und besonders in unserer lieben Stadt Breslau, auf deren glänzende Leistungen wir gerade in diesem Jahre so besonders stolz sind, recht wohl fühlen und bei Ihrem Scheiden von hier eine recht dankbare Erinnerung an die diesjährige Tagung in der Stadt Breslau mitnehmen mögen!

(Bravo!)

Herr Oberbürgermeister **Matting**-Breslau! Meine hochverehrten Damen und Herren! Auch mir ist es eine sehr ange-

nehme Aufgabe, Sie namens der Stadt Breslau in unseren Mauern herzlichst willkommen zu heißen und zwar ebenfalls unter den beiden Gesichtspunkten der sachlichen Teilnahme, die wir als städtische Behörden Ihren Verhandlungen entgegenbringen, und des persönlichen Gefühls der Gastfreundschaft, die wir Ihnen herzlichst darbieten wollen.

Meine hochverehrten Damen und Herren! Die Tätigkeit der Medizinalbeamten und die Aufgaben der städtischen Hygiene berühren sich ja auf so mannigfachen Gebieten, daß wir notwendigerweise zusammengehören und zusammenarbeiten müssen, und wenn dies früher, als die städtische Hygiene vielleicht noch nicht soweit fortgeschritten war, daß man das volle Verantwortlichkeitsgefühl dafür hatte, nicht so zum Ausdruck gelangt ist, so ist es jetzt in ganz eklatanter Weise dargetan durch die neue Gesetzgebung, insbesondere das Kreisarztgesetz, das unsere städtischen Verwaltungen und die Kreisärzte als zusammengehörige Behörden bezeichnet und zu gemeinschaftlichen Handlungen bestimmt.

Meine hochverehrten Damen und Herren! Sie haben auf Ihrer Tagesordnung Gegenstände, die, wie der Herr Regierungspräsident bereits ausgeführt hat, auch die Verwaltungen, ja auch den Laien interessieren, und es wäre deshalb für mich eine Pflicht, die ich gern erfüllen würde, Ihren Verhandlungen bis zum Schlusse beizuwohnen, wenn mich nicht eine Sitzung im Rathause, die mich eigentlich schon von $^1/_2$10 Uhr ab erwartet, anders in Anspruch nähme. Ich freue mich aber, daß der Herr Stadtarzt Dr. Oebbecke Ihren Verhandlungen beiwohnen kann. Dabei fällt mir noch ein Gedanke ein, der so recht deutlich zum Ausdruck bringt, wie sich das Verhältnis der städtischen Hygiene zu der staatlichen Hygiene, die Sie vertreten, geändert hat, d. h. wie die beiden immer enger zusammengeschmolzen sind. Wie die Stadt Breslau ihren eigenen städtischen Medizinalbeamten schon seit langer Zeit hat, so sind auch andere städtische Verwaltungen, je länger je mehr, dazu übergegangen, eigene städtische Medizinalbeamten anzustellen, die in der Regel oder in der großen Mehrzahl aus Ihren Kreisen entstammen; daraus ergibt sich der gegenseitige Wechsel unserer Beziehungen recht handgreiflich.

Noch ein paar Worte, meine hochverehrten Damen und Herren, über Ihren Aufenthalt in Breslau. Daß auch wir, die Vertreter der städtischen Verwaltung, unsere herzlichste Freude daran haben, daß Sie in unsere Stadt gekommen sind, zumal in diesem Jahrhundertjahre, das brauche ich kaum noch einmal zu erwähnen; betonen möchte ich aber, daß es mich mit ganz besonderer Freude erfüllt hat, daß Sie ausdrücklich als einen Teil Ihres Programms auch die Besichtigung unserer Jahrhundertausstellung vorgesehen haben, und daß Sie auch Ihre gemeinschaftlichen Zusammenkünfte im Hauptrestaurant der Ausstellung vornehmen werden. Ich hoffe, daß Sie nach den Arbeiten des Tages in unserer Ausstellung Erholung finden und

mit dankbarem Gefühl an Ihre Tagung in unserer alten Stadt Breslau zurückdenken werden.

(Bravo!)

Regierungsrat Dr. **Paul**-Wien: Meine hochverehrten Herren Kollegen! Nicht zum ersten Male komme ich in Ihre Versammlung, um Ihnen die Grüße des Nachbarverbandes, des Reichsverbandes Oesterreichischer Amtsärzte, zu überbringen. Auch heuer wären wir dem Rufe der Einladung, so denke ich, in größerer Anzahl gefolgt, wenn nicht jetzt in Wien Kongresse stattfänden, die gerade in diese Tage fallen. Es fängt in diesen Tagen der Rettungskongreß an, dann haben unsere Amtsärzte „Kinder zu schützen", weiter „Fürsorge für Kinder zu leisten", d. h. mit anderen Worten, an allen diesen Versammlungen, wozu wir von der Regierung eingeladen sind, ex officio teilzunehmen; infolgedessen konnten wir nur in geringerer Zahl als z. B. in Dresden hier erscheinen. Aber Sie dürfen nicht nur zählen, wägen Sie auch. Wenn ich alle Gefühle der Freundschaft, mit denen ich hier erschienen bin, gewichtsmäßig ausdrücken müßte, so könnte ich mich vom Platze gar nicht erheben (Heiterkeit). Seien Sie versichert, daß wir mit dem größten Interesse und mit ganzem Herzen Ihren Beratungen folgen und an Ihren Fortschritten in Leid und Freude teilnehmen. Wir blicken mit neidloser Bewunderung auf die Erfolge Ihrer Organisation. Lassen Sie mich mit dem aufrichtigen Wunsche schließen, daß die freundschaftlichen Beziehungen, die uns seit Jahren verbinden, auch noch weiter bestehen und immer inniger sich gestalten mögen! Ihren Verhandlungen wünsche ich bestes Gedeihen und besten Fortgang.

(Bravo!)

Vorsitzender: Im Namen des Vereins spreche ich den geehrten Herren Vorrednern, die uns in so liebenswürdiger Weise begrüßt haben, unseren verbindlichsten Dank aus. Mögen alle die Wünsche, die heute hier und gestern Abend schon für den Verlauf unserer Versammlung ausgesprochen worden sind, in Erfüllung gehen! Ich bin schon jetzt fest überzeugt, daß uns die Breslauer Tagung in steter und angenehmer Erinnerung bleiben wird. Mit besonderer Freude kann ich feststellen, daß aus allen Teilen unseres Vaterlandes Medizinalbeamte zur diesjährigen Versammlung erschienen sind, sowohl aus dem fernen Osten (Königsberg), als aus dem ebenso weiten Süden (Freiburg in Baden). Das ist höchst erfreulich und gibt uns die Hoffnung, daß die Breslauer Versammlung ebenfalls einen weiteren Fortschritt für die Bestrebungen, die uns vereinigt haben, bedeuten wird.

Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit noch einen Dank nachholen, den ich vorher bei der Begrüßung vergessen habe, nämlich einen Dank an die Stadt Breslau, die dem Ortsausschuß in liebenswürdiger Weise bei seinen Vorbereitungen entgegengekommen ist, namentlich auch dadurch, daß sie uns einen so

wunderschönen Saal, wie wir ihn selten zu unseren Verhandlungen gehabt haben, bereitwilligst zur Verfügung gestellt hat. Wir sind auch dafür dankbar, daß sie uns, soweit dies noch möglich war, verschiedene Druckschriften zur Verfügung gestellt hat, die uns einen Blick in das öffentliche Gesundheitswesen und in die überaus großen Fortschritte, die dieses in Breslau erfahren hat, gestatten. Herr Oberbürgermeister **Matting** hat vorhin schon hervorgehoben, daß Breslau einen eigenen Stadtarzt hat; ich möchte hier konstatieren, daß Breslau die zweite Stadt in ganz Preußen war, die einen solchen angestellt und ihm auch gleich volle Besoldung und die Mitgliedschaft im Magistratskollegium gewährt hat, beides Voraussetzungen, deren Erfüllung notwendig ist, wenn der Stadtarzt volle Tätigkeit ausüben soll. Auch nach dieser Richtung steht also Breslau in bezug auf sein öffentliches Gesundheitswesen an der Spitze, und wir können wohl mit Sicherheit annehmen, daß es auch künftig unter der Leitung des tatkräftigen Oberbürgermeisters an erster Stelle bleiben wird.

II. Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl und Bericht der Kassenrevisoren.

H. Med.-Rat Dr. **Flinzer,** Bezirksarzt in Plauen, Schrift- und Kassenführer: Meine hochverehrten Damen und Herren! Der Verein hat zurzeit 1608 Mitglieder, 31 weniger als bei der letzten Hauptversammlung vor zwei Jahren. Neueingetreten sind 63 Mitglieder, ausgetreten 36 und gestorben 58 Mitglieder[1]). Unter diesen Verstorbenen sind zwei uns lieb

---

[1]) Die Namen der vom September 1911 bis September 1913 verstorbenen Mitglieder sind:

1. Dr. **Beyer**, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Regensburg.
2. - **Bilfinger**, Oberamtsarzt in Neckarsulm (Württemberg).
3. - **Bisson**, Bezirksarzt in Forchheim (Bayern).
4. - **Blezinger**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Cannstadt (Württemberg).
5. - **Blümm**, Joh. Ed., Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.
6. - **Blümm**, Hermann, Med.-Rat, Bezirksarzt in Obernburg (Bayern).
7. - **Brand**, Geh. Med.-Rat und Kreisarzt a. D. in Geldern (Rheinland).
8. - **Cimbal**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neiße (Schlesien).
9. - **Cleß**, San.-Rat u. stellvertr. Stadtdirektionsarzt a. D. in Stuttgart.
10. - **Cramer**, o. Professor, Geh. Med.-Rat, Direktor der psychiatr. Universitätsklinik u. der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Göttingen.
11. - **Egger**, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Würzburg.
12. - **Finkler**, ord. Professor und früherer Direktor des hygienischen Instituts in Bonn.
13. - **Friedel**, Kreisarzt in Wernigerode (Harz).
14. - **Georg**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Paderborn.
15. - **Grahammer**, Bezirksarzt a. D., früher in Memmingen, zuletzt in München.
16. - **Harder**, Bezirksarzt in Nürnberg.
17. - **Hardt**, Distriktsarzt in Weinberg (Württemberg).
18. - **Hassenstein**, Med.-Rat, Kreisarzt in Sagan (Schlesien).
19. - **Heidelberg**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Reichenberg (Schles.).

gewordene Vorstandsmitglieder, Herr Geh. Med.-Rat Dr. Cramer-Göttingen und Herr Geh. Med.-Rat Dr. Lehr-Darmstadt.

Die Einnahmen haben in der Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1913: 25980,13 Mark, die Ausgaben: 21246,49 Mark betragen, so daß ein Kassenbestand übrig ist von 4733,64 M. gegen 4166,52 M. vor zwei Jahren und wir auch in diesem Jahre mit dem festgesetzten Beitrage von 12 Mark auskommen werden. Ich bitte nunmehr, sich mit der Wahl der Herren Kreisärzte Med.-Rat Dr. Peren-Montjoie und Med.-Rat Dr. Rieger-Breslau als Kassenrevisoren einverstanden zu erklären.

Vorsitzender: M. H.! Ehe wir dem Antrage unseres Herrn Schriftführers stattgeben, gebührt es sich wohl, der zahlreichen

---

20. Dr. Herrmann, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Germersheim (Pfalz).
21. - Heyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Angermünde (Brandenburg).
22. - Hildebrandt, a. o. Professor und Privatdozent für Pharmakologie und gerichtl. Medizin in Halle a. S.
23. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Löwenberg (Schlesien).
24. - Kaufmann, Veit, Hofrat u. Bezirksarzt a. D. in Bad Dürkheim (Pfalz).
25. - Kompe, San.-Rat in Arolsen (Waldeck), staatsärztl. approb.
26. - Lang, Oberamtswundarzt in Rottweil (Württemberg).
27. - Lehmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hameln (Hannover).
28. - Lehr, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Darmstadt.
29. - Lindenborn, Med.-Rat, Kreisarzt in Mainz.
30. - Lübbers, Med.-Rat, Amtsarzt in Löningen (Oldenburg).
31. - Lutz, Herm., Bezirksarzt in Mühldorf (Oberbayern).
32. - Marx, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Bonn.
33. - Meyer, Kreisarzt in Berlin.
34. - Meyer, San.-Rat, prakt. Arzt in Olpe (Westfalen), staatsärztl. approb.
35. - Neidhardt, Geh. Ober-Med.-Rat in Darmstadt.
36. - Nolte, Kreisarzt in Altena (Westfalen).
37. - Pawolleck, Geh. Ober-Med.-Rat, Landesmedizinalrat in Straßburg (Els.).
38. - Pfannmüller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Offenbach (Hessen).
39. - Pietrulla, San.-Rat in Strehlen (Schlesien), staatsärztl. approb.
40. - Regler, Landgerichtsarzt a. D. in München.
41. - Ridder, Geh. Med.-Rat, Oberstabsarzt a. D. in Bückeburg.
42. - Riecken, Med.-Rat, Kreisarzt in Arnsberg.
43. - Röper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Arnsberg (Westf.).)
44. - Rother, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Falkenberg (Ob.-Schl.).
45. - Schalkhauser, Med.-Rat, Landgerichtsarzt a. D. in Augsburg.
46. - Schenk, prakt. Arzt in Berlin, staatsärztl approb.
47. - Schmidt, Med.-Rat, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.
48. - Schrader, San.-Rat, Physikus in Vechelde (Braunschweig).
49. - Schröder, Med.-Rat, Kreisarzt in Sprottau.
50. - Schwartz, Ernst, Hofrat in Memmingen (Bayern), staatsärztl. approb.
51. - Stark, Med.-Rat, Bezirksarzt in Lörrach (Baden).
52. - Strube, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Halle a. S.
53. - Tergast, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Emden.
54. - Voigt, Kreisarzt in Templin (Brandenburg).
55. - Weickard, Bezirksarzt in Kempten (Bayern).
56. - Weiß, August, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bayreuth.
57. - Wesche, Geh. Med.-Rat in Charlottenburg, früher Reg.- u. Med. Rat in Dessau.
58. - Wiese, Med.-Rat, Kreisarzt in Spremberg (Lausitz).

Verstorbenen zu gedenken. Ich hatte auf unserer letzten Versammlung der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß diesmal ihre Zahl geringer sein würde, leider ist sie aber fast genau dieselbe — 58 gegen 60 —, so daß ich den damals geäußerten Wunsch nur wiederholen und die Hoffnung aussprechen kann, daß es uns endlich einmal vergönnt sein möge, die Zahl der Verstorbenen vielleicht auf die Hälfte herabgedrückt zu sehen. Herr Med.-Rat Dr. Flinzer hat bereits hervorgehoben, daß unter diesen Verstorbenen namentlich zwei Mitglieder sich befinden, die uns lieb und wert geworden waren, Herr Geh. Med.-Rat Dr. Lehr-Darmstadt und vor allen Dingen Herr Geh. Med.-Med.-Rat Prof. Dr. Cramer-Göttingen, der in voller Manneskraft einer tückischen Krankheit zum Opfer gefallen ist; beide Herren werden uns jedenfalls wie alle anderen Verstorbenen in steter Erinnerung bleiben. Ich bitte Sie, dies dadurch zum Ausdruck zu bringen, daß Sie sich von Ihren Plätzen erheben.

(Geschieht.)

M. H.! Wir kommen nun zur Wahl der Kassenrevisoren, für die vom Schriftführer die Herren Kreisärzte u. Med.-Räte Dr. Peren-Montjoie und Dr. Rieger-Breslau vorgeschlagen sind. Da sich kein Widerspruch gegen diesen Vorschlag erhebt, sind beide Herren gewählt. Sie haben bereits im voraus ihre Tätigkeit erledigt, so daß es sich empfehlen dürfte, schon jetzt den Bericht über das Ergebnis der Revision entgegenzunehmen, wenn Sie damit einverstanden sind.

(Allseitige Zustimmung.)

H. Med.-Rat Dr. **Peren,** Kreisarzt in Montjoie: M. H.! Die Kassenrechnung ist von uns geprüft und ebenso wie die Belege in Ordnung befunden worden. Der Kassenbestand von 4733,64 M. ist vorhanden; dem Schrift- und Kassenführer kann somit Entlastung erteilt werden.

Vorsitzender: Erhebt sich gegen diesen Bericht ein Widerspruch? — Es ist nicht der Fall. Ich nehme daher an, daß die Hauptversammlung unserem sehr verehrten Herrn Kassenführer Entlastung erteilt und ihm damit gleichzeitig ihren Dank ausspricht für die Ausübung seines mühevollen Amtes, das er schon seit Jahren in so vorzüglicher Weise geführt hat.

Ehe wir zum dritten Gegenstand unserer Tagesordnung übergehen, erlaube ich mir noch die nachstehenden, inzwischen eingegangenen Telegramme vorzulesen:

Wien, den 11. September 1913.

Der Verbandsausschuß des Reichsverbandes Oesterreichischer Amtsärzte sendet von seiner Sitzung dem Bruderverein herzliche Grüße und wünscht dessen Beratungen besten Erfolg.

Reisinger.

Prag, den 11. September 1913.

Der Verein der Sanitätsbeamten in Böhmen erlaubt sich zur bevorstehenden Tagung die besten Glückwünsche zu übermitteln und bittet

zugleich die Abwesenheit seiner Funktionäre, Regierungsrat Dr. Kulhavy und Landessanitätsinpektor Dr. Reisinger, entschuldigen zu wollen.

Dr. Kulhavy.

Ich möchte nicht unterlassen, auch von dieser Stelle aus den befreundeten Kollegen in Oesterreich unseren besten Dank auszusprechen.

III. Der Schutz gegen Geisteskranke.

Geh. Med.-Rat Dr. **Leppmann** - Berlin: Hochgeehrte Anwesende! An die Spitze des Referats, mit dem Sie mich betraut haben, möchte ich eine Erfahrungstatsache setzen, die sich jedem aufdrängt, der mit Geisteskranken und Geisteskrankheiten heutzutage praktisch in Beziehung tritt, nämlich folgende:

Es wird heutzutage in vielen Fällen der Rechtsschutz der Geisteskranken überschätzt zum Nachteil und zur Belästigung der Gesunden.

Wenn wir uns fragen, aus welchen Ursachen dies Mißverhältnis entspringt, so geschieht es wohl in erster Linie aus der modernen Idee von der möglichsten Freiheit des einzelnen Individuums; aber es kommt wohl auch in zweiter Reihe dadurch, daß wir Zeitgenossen eines nervösen Jahrhunderts sind, so daß namentlich die geistig arbeitenden Menschen Stimmungen und unbehaglichen Ideen unterliegen, und daß zu diesen Ideen auch hypochondrische zwanghafte Vorstellungen über die eigene Gesundheit gehören. Daher gibt es sehr viele geistig arbeitende Menschen, die immer die dunkle Befürchtung haben, sie könnten auch krank werden, sie könnten auch geistig umnachtet werden; so schiebt sich gleichsam in das Unterbewußtsein der Leute, die über Geisteskranke und Geisteskrankheiten als Nichtärzte zu urteilen haben, eine besondere Art Sympathie für diejenigen ein, die in ihrer Freiheit oder in ihren sonstigen Rechten der Krankheit wegen beschränkt werden. So sehen wir diese Ueberspannung des Rechtsschutzes der Geisteskranken erstens in der Richtung unserer Gesetzgebung und zweitens namentlich in der Gesetzesauslegung, in Gerichtsurteilen, die uns befremdlich erscheinen müssen, und drittens in den Maßnahmen vieler Verwaltungsbehörden, namentlich der kleineren, der lokalen Verwaltungsbehörden, vor allen Dingen aber in der öffentlichen Meinung, deren Ausdruck die Tagespresse bildet, die Tagespresse, die gleichsam instinktiv der Meinung der Allgemeinheit nachgeht. Es wäre sonst nicht zu begreifen, wie Krakehler und Schreier von offensichtlicher geistiger Zweifelhaftigkeit immer wieder eine Gefolgschaft von sonst vernünftigen, ruhig und billig denkenden Menschen finden. Es wäre sonst nicht zu begreifen, wie gerade die Irrenärzte und die Medizinalbeamten in ihrer Tätigkeit in der Oeffentlichkeit so heruntergesetzt, gehöhnt, gleichsam als ein Nichts erachtet werden. Es ist doch

einer Zeit, welche die praktische Anwendung der Naturwissenschaften auf ihre Fahne geschrieben hat, unwürdig, daß z. B. kein kriminell gewesener Geisteskranker aus einer Irrenanstalt ausbrechen kann, ohne daß die gesamte Presse ohne weiteres schreibt: er ist ein Simulant! Und wenn irgendein krank Erklärter nach Veränderung seines Zustandes erlangt, daß die Beschränkung seiner Rechte fällt, dann heißt es wieder in der ganzen Presse: da seht ihr's ja, da ist ein goldklarer, unschuldiger Mensch durch die Voreingenommenheit und Einseitigkeit der Aerzte eingesperrt worden!

Wenn wir uns nun fragen: Welche Maßregeln sind notwendig zum Schutze vor Geisteskranken? so müssen wir diese Richtung, ich möchte sagen, die allgemeinen Instinkte, wie sie jetzt sind, berücksichtigen und müssen sie auf die energischste Weise bekämpfen; denn sie lähmt unsere Tätigkeit und schafft Gefahren, die sonst nicht existieren würden.

Ich habe nun an die Spitze meiner Leitsätze — ich muß bemerken, sie sind im letzten Augenblicke gedruckt worden und zeigen auch einige pathologische Entartungserscheinungen, auf die ich aufmerksam machen werde (Heiterkeit); — ich habe an die Spitze meiner Leitsätze gestellt: „Der Schutz vor Geisteskranken ist ein wesentlicher Teil der öffentlichen Fürsorge. Seine Ausführung gebührt in erster Reihe den Verwaltungsbehörden."

M. H.! Das ist eigentlich selbstverständlich! Die Staatsverwaltung als solche hat die Pflicht, diejenigen Rechtsgüter zu schützen, die der einzelne sich nicht selber schützen kann. Ich habe aber das noch besonders zum Ausdruck bringen wollen, weil ich es für richtig halte, Front zu machen gegen die Eingriffe der Rechtspflege in diesen Teil der Verwaltung. Wir haben leider in der letzten Zeit Dinge erlebt, die uns nicht möglich schienen und denen wir namentlich in Großstädten ausgesetzt gewesen sind. Hier hat die Rechtspflege durch privatrechtliche Verfügungen in unsere Gerechtsame in einer Weise eingegriffen, die zu einer öffentlichen Gefahr zu werden droht, wenn sie sich verallgemeinert. Sie, m. H., die Sie nicht Juristen sind, sind wohl der Ueberzeugung gewesen und sind wohl noch der Ueberzeugung, daß, wenn heutzutage ein Kranker gefährliche Handlungen begeht, der Staat das Recht hat, ihn in seiner Freiheit zu beschränken und ihn in eine Anstalt zu bringen, wo zugleich mit dem Schutze der Oeffentlichkeit die Fürsorge für den Kranken in einer geeigneten Weise vereinigt werden kann, wo also das öffentliche und private Interesse in gleicher Weise gewahrt wird. Das heißt, der Staat hat das Recht, Leute, die gefährlich sind, in Irrenanstalten zu bringen. Nun, m. H., dieses Recht hat in den meisten deutschen Staaten keine genügende gesetzliche Grundlage. Wir haben einen einzigen Staat, der eine besondere Irrengesetzgebung hat, und obgleich die Zeiten jetzt dafür nicht günstig sind, so ist es doch notwendig, es zu unserer Forderung zu erheben, daß wir eine Irrengesetz-

gebung bekommen, die dem Staate zweifelsfrei ohne Eingriffe der Ziviljustiz das Recht gewährt, jemanden, der gefährlich ist, in eine Irrenanstalt zu bringen. Es wird Ihnen vielleicht bekannt gegeworden sein, daß es zunächst ein Richter in Marburg war, der die Entmündigung einer Person abgelehnt hat, die von ihrer Tochter seelisch infiziert und deshalb in eine Anstalt gebracht war, indem er ausführte, es existiere kein Gesetz, das jemanden, der nicht unter Vormundschaft stehe, in einer Irrenanstalt festzuhalten gestatte. Nur der Vormund habe das Recht, den Wohnsitz des Mündels zu bestimmen; da diese Person noch keinen Vormund habe, so sei an ihr ein Verbrechen begangen worden, und wenn sie sich dagegen aufgelehnt habe, so sei das keine Krankheit, sondern lediglich die natürliche Reaktion des Gesunden. Ja, in Charlottenburg ist man noch weiter gegangen: Es war in eine Privatanstalt ein junger Mann als gemeingefährlicher Kranker eingebracht worden. Der zuständige Kreisarzt hatte die Gemeingefährlichkeit attestiert, und der junge Mann war unter vorläufige Vormundschaft gestellt worden. Dagegen widersprach er; das Landgericht hob dann die Vormundschaft auf, nicht etwa mit der Begründung, daß der betreffende junge Mann gesund sei, sondern mit der Begründung, der Richter hätte durch persönlichen Augenschein sich von der Krankheit erst überzeugen müssen. Als nun die vorläufige Vormundschaft aufgehoben war, ging ein Anwalt nach dem zuständigen Amtsgericht, legte die Ansicht des Marburger Richters, die dieser veröffentlicht hatte, vor und sagte: Hier ist eine vorläufige Vormundschaft aufgehoben worden; mein Klient verlangt, wie ich schriftlich beweisen kann, seine Entlassung, und der Richter verfügte ohne jede Prüfung, ob es sich um einen Kranken oder Gesunden handelte, rein aus den Tatsachen der Nichtbevormundung und des Verlangens des Kranken heraus die Entlassung des Kranken und zwar bei einer fiskalischen Strafe von 100 M. für jede Stunde der Festhaltung. Ich war persönlich der Berater des Kollegen von der Privatanstalt und riet ihm, die ersten 100 Mark zu riskieren. Das tat er denn auch; der Vater des Kranken übernahm das weitere Risiko. Der Beschluß wurde auch am anderen Tage geändert. Aber jedenfalls ist es Tatsache, daß ein gemeingefährlicher Kranker ohne jede Prüfung seines Zustandes heraus auf die Menschheit losgelassen werden sollte, bloß weil formell kein Grund zu seiner Unterbringung vorhanden sein sollte. Ich habe mir bei meinen juristischen Freunden vielfach Rat erholt und bestätigt erhalten, daß dasjenige Gesetz, auf dem bei uns in Preußen die Festhaltung fußt, nämlich das Gesetz über die Befugnis der Polizei vom Jahre 1850, in seiner Auslegung strittig ist. Ich habe es daher für notwendig gehalten, meinen zweiten Leitsatz dahin zu formulieren: Den Verwaltungsbehörden muß durch Umgestaltung der Gesetzgebung die zweifelsfreie Möglichkeit gegeben sein, gemeingefährliche Geisteskranke in ge-

eignete Anstalten unverzüglich unterzubringen und dort zu verwahren.

Ich denke mir die Gesetzgebung so, daß natürlich auch ein Widerspruch gegen die Unterbringung möglich ist; aber der Widerspruch soll, wie es auch in Baden ist, auf dem verwaltungsgerichtlichen Wege erledigt werden. Bei der „Festhaltung“ ist noch etwas: Ich habe noch hinzugefügt „unverzüglich unterzubringen“. Heutzutage ist ein großer Krebsschaden nicht etwa der, daß die Kranken in den Anstalten festgehalten werden, sondern daß sie nicht schnell und sicher genug hereingebracht werden können. M. H„ dieser Umstand muß der Bevölkerung einmal klargelegt werden! Schuld daran sind zunächst unsere Verwaltungseinrichtungen, besonders in Preußen. Hier fällt die Irrenfürsorge nicht dem Staate direkt, sondern den Gemeinden und Provinzen anheim. Die verschiedenartigen Statuten, die Ermittelung der Zuständigkeit etc. wirken hemmend. Dann aber ist noch ein Umstand sehr störend: Tatsächlich sind wir nicht in der Lage, einen bloß zweifelhaften Fall zur Beobachtung unterzubringen, es sei denn, es läge der § 81 der Strafprozeßordnung im Strafverfahren oder § 657 der Z.P.O. vor. Sie als Medizinalbeamte werden aber wissen, man kann als Gutachter noch so routiniert sein, man kann trotzdem im Moment kein abschließendes Urteil fällen, ob jemand geisteskrank ist. Zum Beispiel die Kreisärzte in Großstädten! Es tobt jemand auf der Straße, der Schutzmann bringt ihn zur Wache und geht wieder fort, der Kreisarzt wird geholt, und nun steht er vor dem Eingelieferten. Er sieht einen trunkfälligen Menschen, er weiß nicht, ist es ein chronisch Entarteter, ein geisteskranker Alkoholiker oder ein Mann, der sich bloß zufällig mal einen angetrunken hat. Senden Sie ihn in die Anstalt und er ist am andern Tage nüchtern, dann heißt es in der Presse: „Dieser Idiot von Kreisarzt!“ Lassen Sie ihn laufen und er schlägt seine Frau tot, dann heißt es: „Ja, wozu haben wir die Beamten, wenn sie so kurzsichtig sind! (Heiterkeit.) Bei Paranoikern ist die Sache manchmal noch viel schlimmer. Es kommt aber noch ein Umstand in Frage, den ich gerade aus meiner Tätigkeit in der Großstadt kenne, daß auch Verbrecher, wie sie sagen, „Fallen machen“, daß sie sich geisteskrank stellen, um irgend etwas Unliebsamem, namentlich der Verhaftung, zu entgehen. Ich hatte, als ich noch Kreisarzt war, einmal auf der Polizeiwache einen Mann, der mir in so aufgetragener Weise Erscheinungen geistiger Verkehrtheit zeigte, daß hier die Sache nicht stimmte; das war ein Kirchendieb, der sich auf diese Weise eine Zeitlang in die Irrenanstalt zurückziehen wollte. Sehen Sie, m. H., aus allen diesen Gründen müssen wir das haben, was die Badenser in ihrem Gesetze haben, die fürsorgliche Unterbringung, was auch die Franzosen in ihrem „Depot“ haben, nämlich die gesetzliche Möglichkeit einer Aufnahme zur Beobachtung für eine Reihe von Tagen, und dann erst die definitive Aufnahme. Ich glaube, es würden 8—14 Tage genügen.

Ferner, m. H., werden wir uns fragen, welche Personen unterliegen der Beschränkung ihrer Freiheit? Wir bezeichnen diese Personen als gemeingefährliche. Eine Definition der Gemeingefährlichkeit zu geben, ist noch niemandem gelungen, obgleich es Auslegungen gibt, die ganz praktisch sind — ich werde später auf eine zurückkommen. — Wir müssen bei Ausdeutung des Begriffs „Gemeingefährlichkeit“, die immer nur in bezug auf den einzelnen Fall stattfinden kann, folgendes berücksichtigen: Erstens ist eine Störung der öffentlichen Ordnung nicht notwendig. Es ist ferner nicht notwendig eine Gefährdung einer Vielzahl von Personen — so deuten manche Behörden und auch manche Sachverständige die Gemeingefährlichkeit — nein, m. H., es genügt eine Gefährdung, wie es im alten Landrecht heißt, einer Person aus dem Publikum, um die Gemeingefährlichkeit zu bedingen. Ja, es ist auch notwendig, einzubegreifen, daß der Kranke selbst die gefährdete Person sein kann, und zwar ist es der Kranke dann selbst, wenn er oder seine Angehörigen den Schutz vor der Gefahr sich nicht selbst besorgen können, nämlich bei Selbstmordneigung. Als ich noch die Ehre hatte, Beamter der Provinz Schlesien zu sein, hatten wir das alte Unterstützungswohnsitzgesetz; die Provinz sorgte daher nur für die gemeingefährlichen und heilbaren Kranken. Damals gab es eine Definition des Begriffs Gemeingefährlichkeit, die mir immer als die natürlichste erschienen ist: „Gemeingefährlich ist erstens, wer die öffentliche Ruhe stört, zweitens, wer die Sicherheit seiner Umgebung gefährdet, drittens, wer sich selber nach dem Leben trachtet, und viertens, wer so unreinlich ist, daß seine Verpflegung für alle Verhältnisse lästig und störend ist.“ Es ist das nicht erschöpfend, aber es sind die wesentlichsten Punkte des Begriffs der Gemeingefährlichkeit; es fehlt nur einer, und auf den möchte ich besonders aufmerksam machen: Notwendig ist nicht bloß eine Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit, es ist auch eine Gefährdung der seelischen Ruhe und des Friedens mit in Betracht zu ziehen und, m. H., das ist der Punkt, wo überhaupt die vernünftigsten Menschen manchmal unbegreifliche Ansichten haben, indem sie heutzutage dem Gesunden zumuten, alles zu erdulden, nur, damit der Kranke sich alles erlauben darf. Wenn heutzutage ein geisteskranker Querulant nicht festgesetzt ist, dann schreibt er zunächst an den Medizinalbeamten — ich habe bereits gestern abend hier Gegenthesen bekommen von einem hiesigen Querulanten gegen einen der hiesigen Sachverständigen — in absprechendster Weise. Er schimpft in gemeinster Weise auf offenen Postkarten, so daß es der Portier, der Diener und die Hausmagd liest. Gehe ich dann zum Richter mit der Frage: „Muß ich mir denn das gefallen lassen?“ da zuckt der die Achseln und sagt: „Aber, Herr Doktor, Sie werden das doch einem solchen Kranken nicht übelnehmen! Sehen Sie, m. H., in einer Zeit, wo jedes Dienstmädchen zum Richter läuft, wenn Sie sie ein Rindvieh nennen und das nicht beweisen können (Heiter-

keit), da sollen wir uns gefallen lassen, daß unser Friede und unsere Ruhe in dieser Weise dadurch gestört wird, daß man schmähende und scheltende Dinge in die Oeffentlichkeit bringt. Nun, m. H., ist es ja wahr, man schafft sich ein gewisses Pachyderm der Seelenruhe an, aber es muß doch energisch öffentlich darauf aufmerksam gemacht werden: Es ist eine ungleiche Verteilung von Rechten und Pflichten, wenn man uns zumutet, daß wir Schmähungen geduldig hinnehmen sollen, und man solche Personen in ihren Rechten nicht beschränkt.

Ja, m. H., ich gehe noch weiter! Selbst Handlungen, die an und für sich nicht straffällig sind, können zu einer Störung des seelischen Friedens in erheblicher Weise führen durch ihre Eigenart und ihre Wiederholung. Ich will mich nicht in Beispiele verlieren, aber ich möchte Ihnen einen Fall anführen, der ganz charakteristisch ist. Als ich noch in Breslau tätig war, gab es hier einen alten Landgerichtsdirektor, einen jener Herren, für die die Geisteskrankheit noch nicht erfunden war. Jedenfalls stellte er sich den Sachverständigen, die den § 51 anwenden wollten, immer höchst ungläubig gegenüber. Er hatte einen Gerichtsschreiber, der ein Trinker und infolgedessen zugrunde gegangen war; seine hinterlassene Witwe war nun verrückt geworden und bezog jenen Landgerichtsdirektor in das System ihrer Wahnvorstellungen ein. Sie wohnte ihm gegenüber und glaubte nun, er wache über sie, habe eine geheime Neigung für sie, die er nicht durch Worte erkennbar machen wollte; es existiere zwischen ihnen ein seelisches Verhältnis ohne äußere Aussprache. Der Herr war Junggeselle. Früh, wenn er ins Amt ging, kam die Person hinter ihm her; sie wartete vor dem Inquisitoriat, bis die Sitzung zu Ende war, und begleitete ihn wieder nach Hause zurück. Wenn er ausging, geschah das Gleiche. Nach 4 Wochen wandte sich der Mann an die Polizei und sagte: Wenn ihr mir diese Person nicht vom Halse schafft, werde ich verrückt! (Heiterkeit.) Ich habe mich damals auf den Standpunkt gestellt: Diese Kranke ist gemeingefährlich; so einen Schatten hinter sich zu haben, kann die Gesundheit ernstlich gefährden, und doch war es keine strafbare Handlung, die die Frau beging. (Heiterkeit.) Es muß also endlich einmal klargestellt werden, daß die Geisteskranken in ihrer Freiheit beschränkt werden, damit wir eine Pflicht gegen die menschliche Gesellschaft erfüllen.

Die Rechtspflege, wenn sie auch in das reine Anstaltswesen nicht hineinreden soll, muß aber in anderer Beziehung zum Schutze gegen Geisteskranke mitwirken — und das ist der Inhalt meines dritten Leitsatzes — bei der Erstunterbringung Freigesprochener. Darüber kann ich kurz hinweggehen. Es wird Ihnen bekannt sein, daß eines der größten Bedenken der Laien gegenüber der Rechtsprechung in strafrechtlicher Beziehung das ist, daß sie nicht wissen, was mit den wegen Geisteskrankheit freigesprochenen Kriminellen geschieht, und daß tatsächlich die Unterbringung der Wohl-

meinung nicht bloß der Verwaltungsbehörden, sondern der Irrenanstaltsdirektoren überlassen ist. So sehr ich nun meine lieben Kollegen von den deutschen Irrenanstalten achte, es sind manchmal kontrastierende Interessen zwischen Anstaltsbetrieb und öffentlicher Sicherheit, die sie doch einmal veranlassen, Leute aus der Anstalt zu entlassen, die eigentlich nicht heraus dürften. Ich war vor kurzer Zeit Sachverständiger in einem Prozeß, wo ein notorisch Verrückter einen Menschen in einem Möbelspeicher erschossen hat. Wir Sachverständigen waren alle der Meinung, es ist ein Kranker; ehe sich nun die Geschworenen zurückzogen, stand einer von ihnen auf und sagte zu dem Vorsitzenden: Was wird aus dem Manne, wenn er freigesprochen wird? Hätte der Vorsitzende gesagt, er wird sicher untergebracht — die Unterbringung war in diesem Falle schon in die Wege geleitet — so hätten sie ihn wohl freigesprochen; der Vorsitzende aber sagte aus übergroßer Objektivität: „er wird den Behörden zum weiteren Befinden übergeben.“ Da kamen die Herren mit einem Schuldigspruch heraus. Der Gerichtshof hat zwar das Urteil wieder aufgehoben, so daß der Fall nochmals zur Verhandlung kommt; er zeigt aber so recht, welcher Schaden entsteht, wenn nicht derjenige, der kriminell geworden und gegen den überhaupt ein Verfahren eröffnet worden ist, vom Gericht durch ein Urteil ausdrücklich zur Irrenanstaltsaufnahme bestimmt wird, daß also die Erstunterbringung durch den Strafrichter geschehen muß. Ferner wollen aber die Herren von der Strafrechtspflege, namentlich die Herren von der Strafrechtsreform, das Schicksal solcher Personen nach der Freisprechung und nach der Ueberweisung in die Irrenanstalt dauernd in Händen halten und wollen auch die weitere Unterbringung und Entlassung immer durch Gerichtsbeschlüsse regeln! Herr Professor Delaquis, ein deutscher Rechtslehrer, hat zum diesjährigen Schweizer Juristentage in einer Schrift die Meinungen zusammengestellt, die gegenwärtig in dieser Beziehung die herrschenden sind, und hat sie mir zur Verfügung gestellt. Daraus kann ich ersehen: Es ist unter den Juristen die überwiegende Meinung: auf diesen kriminell gewordenen Geisteskranken wollen wir die Hand halten, wenn sie entlassen werden; wenn sie wieder untergebracht werden sollen, so soll dies immer durch Gerichtsbeschluß geschehen. Ich bin im Gegenteil davon überzeugt, daß dies der Verwaltung vorbehalten bleiben muß, und befinde mich da in Uebereinstimmung mit manchem namhaften Juristen. Ich hatte auch jüngst Gelegenheit, einen Ministerialdirektor eines deutschen Landes zu sprechen, der mir ebenfalls sagte: Ich gebe zu, daß es theoretisch richtig ist, dies der Rechtspflege vorzubehalten, doch sind wir gewöhnt, die Leute von einem andern Gesichtspunkte aus anzusehen; deshalb ist es am besten, die weitere Unterbringung bleibt der Verwaltung überlassen.

Ich komme zu dem vierten Leitsatz: Die Frage der Minderwertigkeit ist in den letzten Jahrzehnten aufs eifrigste

studiert worden; das hat die Frucht gezeitigt, daß wir gleichsam zwischen dem Geistesgesunden und dem Geisteskranken ein neues Individuum geschaffen haben, nämlich den Zurechnungsfähigen mit geistigen Mängeln, den Minderwertigen. Wir haben gemeint, daß diese Minderwertigkeit in der Gesetzgebung besonders berücksichtigt werden soll. Bei den Reformvorschlägen geht nun die allgemeine Meinung dahin, daß es der erkennenden Strafbehörde überlassen bleiben soll, ob der Minderwertige im einzelnen Falle überhaupt zu bestrafen ist, oder ob ihn eine mildere oder andersartige Strafe eventuell in besonderen Strafräumen und Strafeinrichtungen treffen soll. Es ist aber durchaus logisch, daß, wenn auf der einen Seite auf die Minderwertigen, sagen wir auf die geistig Angekränkelten, Rücksicht genommen wird, daß dann auf der anderen Seite auch darauf Rücksicht genommen werden muß, daß die Minderwertigkeit manchmal eine erhöhte Gemeingefährlichkeit bedingt, nämlich eine erhöhte Rückfallgefahr. Infolgedesssen müssen wir nicht bloß die Geisteskranken, sondern auch die Minderwertigen mit wesentlich antisozialen Eigenschaften bis zu einem gewissen Grade in ihren Rechten beschränken. Bei denjenigen, die ihre Minderwertigkeit durch die zur Verhandlung oder Untersuchung gelangenden kriminellen Handlungen bezeugen, ist man daher der Meinung, daß die Richter bei der milderen Strafe oder anstatt der milderen Strafe, wenn es sich um chronisch gefährliche Minderwertige handelt, die Detention in Anstalten verhängen sollen. Ich bin der Meinung, daß wir das auch logischerweise bei denjenigen Minderwertigen ausführen müssen, die zwar dieselben antisozialen Eigenschaften betätigen, die aber durch irgendwelche Zufälle nicht zur strafrechtlichen Untersuchung oder Aburteilung gelangt sind. In welcher Art die Internierung stattfinden soll, darüber herrschen noch Kontroversen, und zwar stehen sich da die Parteien noch ziemlich schroff gegenüber. Es gibt eine Reihe von Psychiatern, die diese gefährlichen Elemente, sowohl die kriminellen, als die noch nicht als kriminell behandelten Minderwertigen, in besonderen Anstalten untergebracht haben wollen. Ich persönlich bin ein energischer Gegner der sogenannten Zwischenanstalten gewesen, so lange es sich um die gefährlichen Geisteskranken handelte. Es ist ein Unrecht, daß man Kranke erster und zweiter Klasse unterscheidet; man trifft damit nicht nur die Kranken, sondern die Angehörigen. Nach meinen Erfahrungen über die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken halte ich es außerdem für das Beste, wenn im Bereich einer größeren Anstalt einzelne feste Pavillons oder Teile sind, die man für derartige Elemente benutzen kann. Nicht zu allen Zeiten ihres Lebens sind diese Leute gleich gefährlich; man kann mit ihnen probieren, kann sie aus einem festen Pavillon in einen freieren verlegen. Deshalb will ich grundsätzlich alle gemeingefährlich geistig Mangelhaften in den gewöhnlichen Einrichtungen unserer Fürsorge, in Trinkeranstalten, Irrenanstalten, Erziehungsanstalten

für Schwachsinnige etc. unterbringen, und ich bin sicher überzeugt, daß dies genügt, wenn es sich nur um gemeingefährliche Geisteskranke handelt. Fraglich wird die Sache jedoch bei den gemeingefährlichen Minderwertigen, teils wegen ihrer Zahl, teils weil ihnen gegenüber eine andere Disziplin und eine andere Behandlung notwendig ist; hier muß ich, so sehr ich auf meinem grundsätzlichen Standpunkt beharre, zugeben, daß für sie vielleicht dieses Unding geschaffen werden muß, diese Zwischenanstalt zwischen Irrenanstalt und Gefängnis. Wenn das aber sein sollte — es wäre ja möglich, daß, wenn man auf die praktische Ausführung übergeht, wir einige freigewordene Zuchthäuser, die wir dann nicht mehr brauchen, in ländlicher Umgebung zu solchen Anstalten ummodeln würden — dann muß mindestens die Forderung gestellt werden, daß an der Spitze ein Arzt stehen muß, sonst erleben wir denselben Mißerfolg, wie wir ihn bei der Ausführung unserer an und für sich guten Fürsorgeerziehungsgesetzgebung erlebt haben, sonst schwankt die Sache herüber nach dem Gefängnis.

M. H.! Ich komme zum sechsten Leitsatz, dessen Forderung, die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalt sich eigentlich von selbst versteht. Es war ein Fehler, daß man die früher gemeingefährlichen Kranken, die in Anstalten untergebracht waren, nach ihrer Entlassung in der Menge ohne jede Aufsicht untertauchen ließ; sie kamen dann meist erst wieder zum Vorschein, wenn sie Schaden gestiftet hatten. Ich könnte einen klassischen Fall dafür anführen! Ein Landwehrmann, der 1866 die Tapferkeitsmedaille bekommen hatte, ergab sich dem Trunke; während des 70er Feldzuges lief er in der Schlacht von Mars-la-Tour davon, wurde wegen Feigheit zum Tode verurteilt, begnadigt und in der Festung Koblenz als geisteskrank erkannt. Als notorisch verrückter Trinker kam er auf dem Wege der öffentlichen Armenpflege nach Berlin und wurde nach einigen Jahren aus der Anstalt entlassen. Ungefähr 20 Jahre darauf wurde er in die mir ärztlich unterstellte Beobachtungsabteilung in Moabit gebracht zugleich mit seinem Sohne. Der chronisch Kranke hatte weiter getrunken, hatte Kinder gezeugt, hatte mit ihnen Unzucht getrieben und war eingesperrt worden; sein ältester Sohn war unterdessen wegen Umhertreibens und Diebstahls ein paarmal ins Gefängnis gekommen. Nun kam er das erste Mal ins Zuchthaus, bekam Wahnvorstellungen auf degenerativem Boden; so kamen Vater und Sohn zusammen ins Irrenhaus. Das ist ja ein einzelner Fall, der vielleicht recht kraß liegt; aber es ist sicher ein großer Schaden, daß die entlassenen Kranken in der Menge verschwinden und nicht beaufsichtigt werden. Auch die Gesetzesvorschläge, die gemacht sind, sehen außer der zwangsweisen Unterbringung Freigesprochener und Minderwertiger die Schutzaufsicht vor. Nun ist die Frage, wie soll diese Schutzaufsicht ausgeführt werden? Sie, m. H., die Sie Medizinalbeamte und aus der Praxis sind, werden wissen, daß die Art der Ausführung das

allerschwierigste ist. Leicht ist sie unter kleineren Verhältnissen; da kann der Medizinalbeamte irgendwelche Vertrauenspersonen, z. B. den Gemeindevorsteher oder den Lehrer fragen: wie verhält sich der Mann? Schwerer aber ist es in der Großstadt. Man mag noch soviel Takt und noch soviel Vorsicht haben, man belästigt eventuell Kranke, die wirklich nicht beaufsichtigt zu werden brauchen; die eigentlichen Gefahrbringenden verbergen sich aber so, daß sie Ihnen nie nahe kommen. Es wird jedoch möglich sein und muß jedenfalls versucht werden. Ein wesentliches Hilfsmittel hierbei dürfte meines Erachtens die Mithilfe der Vereinsfürsorge sein. Es gibt nämlich Vereine für entlassene Geisteskranke, die mit derartigen Leuten in Beziehung bleiben und ihnen evtl. kleine Unterstützungen geben. Wenn jemand durch solche Vereinsfürsorge etwas bekommt, so ist er leichter geneigt, sich kontrollieren zu lassen; ich habe z. B. meine alten Freunde aus Moabit sehr wesentlich dadurch an mich gefesselt, daß ich ihnen aus einem kleinen, mir zur Verfügung stehenden Fonds mal 5 oder 10 M. geben kann; manchmal belügen sie mich ja, aber manchmal fällt die Unterstützung auch auf ganz guten Boden. Ich würde die Fürsorgevereine deshalb mit heranziehen.

Aber ich habe noch einen weiteren Gedanken, den ich der Erwägung anheimgeben möchte, nämlich eine Registrierung über das Leben der Geisteskranken. Wir haben in Deutschland über jeden, der bestraft ist, ein Strafregister, das bei dem Landgericht des Bezirks geführt wird, wo er geboren ist. Wenn einer vor 30 Jahren mal eine Fensterscheibe eingeworfen hat, so können wir das noch heute feststellen. Das ist manchmal recht übel — es wird deshalb auch eine Art Rehabilitation, eine Art Erlöschen des Registers angestrebt — manchmal ist es aber lehrreich zur Kennzeichnung der verbrecherischen Persönlichkeit.

Nach den mit dem Strafregister gemachten Erfahrungen wäre es sicher vorteilhaft, wenn wir vielleicht am Platze der Lokalverwaltung, wo der Mann geboren ist, entweder geführt vom Landratsamt oder Regierungspräsidenten, ein Geisteskranken-Register hätten, wo alles zusammengetragen wäre, was einen einmal für krank Erklärten betroffen hat. Es wird jedem von Ihnen schon vorgekommen sein, daß ein Mensch etwas Kriminelles begangen hat oder sonst auffällig geworden ist, dessen Begutachtung Schwierigkeiten macht, weil Sie über sein Vorleben nichts Objektives wissen. Sie untersuchen, schreiben bei Gott und der Welt herum um Auskunft; es vergeht Zeit, Sie machen sich Mühe und bekommen dann vielleicht eine Akte, aus der ersichtlich ist, daß der Mann bereits vor 10 Jahren genau untersucht worden ist, und die alles enthält, was Sie mühsam zusammengetragen haben. Wenn wir die Möglichkeit hätten, rasch und in ausgiebiger Weise alle die Geschehnisse, Bestrafungen, Entmündigungsanträge, Untersuchungen usw. zusammenzutragen, daß man es immer bereit hätte, so würde für

die Beaufsichtigung der Kranken außerhalb der Anstalt sehr viel gewonnen sein. Es bleibt ja auch unbenommen, in dieses Register einzutragen: Ist 10 Jahre nicht mit der Behörde in Berührung gekommen; heute war er beim Kreisarzt und hat sich untersuchen lassen, er machte einen ganz gerafften Eindruck usw. Auch die Tatsache der geistigen Gesundheit könnte also in ein solches Register eingetragen werden. Das ist der Sinn des Leitsatzes 7; daß von diesem Register auch an das Strafregister eine Mitteilung gemacht werden soll, ist selbstverständlich.

M. H.! Ich komme jetzt zu dem achten Leitsatz: Im allgemeinen ist der Jurist anzunehmen geneigt, daß die Entmündigung oder Pflegschaft zum Schutze des Kranken stattfinden soll. Es wird Ihnen bekannt sein, daß eine Instruktion unseres Justizministers an die Staatsanwaltschaften besagt, sie sollten keine Entmündigungsanträge stellen, falls sie nicht zum Schutze der Kranken nötig seien. Damit ist die Aufgabe aber zu eng begrenzt. Die Beschränkung der bürgerlichen Geschäftsfähigkeit ist auch nötig zum Schutze der Allgemeinheit; denn ein erheblicher Teil der Belästigungen und Störungen kommt daher, daß man es entweder unterläßt, die Geisteskranken in ihrer Geschäftsfähigkeit zu beschränken oder sie nicht genügend beschränken kann. Dies sehen Sie schon bei der Pflegschaft, und zwar werde ich das an einem Beispiel beweisen, das nicht vereinzelt dasteht, sondern hundertfach vorkommt: Es kommt ein schwachsinnig gewordener Trinker, der Invalidenrente erhält, in die Irrenanstalt wegen alkoholistischer Störung. Zur Empfangnahme der Rente wird ein Pfleger ernannt, nachdem die Anstalt bescheinigt hat, daß eine Verständigung mit dem Betreffenden nicht möglich ist. Wenn er nun nicht etwa geheilt, aber klar geworden ist und aus der Anstalt entlassen wird, so ist sein erster Gang zum Amtsrichter. Er sagt: bitte, Herr Amtsrichter, hier bin ich! Der Richter führt eine Unterhaltung mit ihm und meint dann: Jetzt ist eine Verständigung mit ihm möglich, folglich ist die Pflegschaft aufzuheben, wenn der unter Pflegschaft Gestellte den Antrag stellt. Der Mann erhält seine Rente, die sich inzwischen 2, 3 Monate aufgesammelt hat; er hat nun ein Objekt, mit dem er aufs neue seiner Alkoholsucht fröhnen kann. Jetzt ist zwar durch die Reichsversicherungsordnung Fürsorge getroffen, daß evtl. dann die Rente in Sachleistung gewährt werden kann; es ist aber doch ein Nonsens, daß eine Einrichtung, die sicherlich nicht bloß im Interesse des Kranken, sondern im öffentlichen Interesse, im Interesse der Familie usw., geschaffen werden muß, auf diese Weise durch die Rechtsauslegung sozusagen durchkreuzt wird. Noch viel schlimmer ist es im Entmündigungsverfahren. Das Reichsgericht hat in fortgesetzter Rechtsprechung entschieden, daß nur derjenige entmündigt werden soll, der die Gesamtheit seiner Angelegenheiten nicht besorgen kann. Es wird

Ihnen bekannt sein, daß es viele wirklich Geisteskranke gibt, die von ihren Angelegenheiten gewisse, namentlich ihre Berufsangelegenheiten noch besorgen können; obgleich nun eigentlich der logische Schluß der wäre, daß, wenn jemand den größten Teil seiner wichtigsten Lebensinteressen durch die Krankheit gefährdet, die Besorgung einer einzelnen Angelegenheit dadurch wettgemacht wird, so werden solche Personen doch nicht entmündigt bezw. die Entmündigung, die bisweilen in der ersten Instanz ausgesprochen wird, wird wieder aufgehoben. Dann sind solche Personen auf der einen Seite geisteskrank, auf der anderen Seite geschäftsfähig, und belästigen maßlos die Gesunden. Ich darf Ihnen, m. H., ein Beispiel anführen: Es war früher in der hiesigen Provinz ein höherer Kommunalbeamter, der ganz echt querulatorisch verrückt war, indem er glaubte, in seinen Rechten komplottmäßig von Staatsbeamten und von einer Reihe anderer behördlicher Personen unterdrückt zu sein. Er wurde pensioniert, wurde in Berlin Anwalt und vertrat Verwaltungssachen beim Oberverwaltungsgericht ganz geschickt. Das hinderte ihn nicht, in der törichtesten, beleidigendsten und ruhestörendsten Weise zu querulieren. Es wurde das Entmündigungsverfahren eingeleitet; er wurde in der ersten Instanz entmündigt, in der zweiten die Entmündigung aber wieder aufgehoben mit der Begründung, er besorge noch die Rechtsangelegenheiten anderer richtig. Mit dem Moment, wo die Entmündigung zurückgewiesen war, hörte er auf, sich den Rechtsangelegenheiten anderer zu widmen. Er hielt sich ein Bureau nur um weiter zu querulieren. Seine Ausgaben wuchsen so, daß er sein Vermögen, das 50000 M. betrug, in 4 Jahren auf den 5. Teil verminderte. Er belästigte eine Reihe von Personen, Staatsbehörden, hohe Beamte und insbesondere auch Berliner Medizinalbeamte in einer geradezu schrecklichen Weise. Als endlich aufs neue das Entmündigungsverfahren eingeleitet wurde, war er ein siecher Mann und starb.

Wir Sachverständige in den Großstädten haben jetzt etwas, worauf wir schon gefaßt sein müssen, das sind Entschädigungsklagen solcher Personen, für die unser Entmündigungsrecht nicht zulangt. Wir haben eine ganze Reihe Personen, meist solche mit Wahnbildung auf degenerativem Boden, die, wenn sie nicht entmündigt werden, gegen den Sachverständigen losgehen: Dann steht man gewöhnlich mit 20 Personen zusammen unter Klage, z. B. mit der Ehefrau, den Kindern, den Zeugen, den anderen medizinischen Sachverständigen und den Richtern. Ich will dabei darauf aufmerksam machen, daß man dafür ein sehr praktisches Mittel hat. Man kann sich nämlich gegen angeblich falsche Begutachtung ebenso versichern, wie gegen angeblich falsche Behandlung (Heiterkeit). Ich habe das mal vor vielen Jahren bei einer Versicherungsgesellschaft angeregt und mich versichert. Wenn ich nun wieder einmal in die Lage komme, schreibe ich einfach an die Versicherungsgesellschaft: Da ist

wieder eine Klage, bitte, geben Sie mir Ihren Rechtsanwalt, der kennt die Sache schon; herauskommen wird dabei nichts. Der Kranke glaubt wohl selber nicht, daß etwas herauskommen wird; er will nur das angenehme Gefühl haben, den Sachverständigen recht zu ärgern und ihm viel Verlegenheiten zu bereiten. M. H., das sind doch wirklich unwürdige Zustände; darum müssen wir der Oeffentlichkeit und namentlich der Gesetzgebung klar machen: die Beschränkung der bürgerlichen Geschäftsfähigkeit geschieht nicht bloß im Interesse der Kranken, sondern auch im Interesse der Gesunden.

Aehnlich ist es mit der diffizilen Frage der Entschädigungspflicht der Geisteskranken. Es gab eine Zeit, da konnte der Geisteskranke machen, was er wollte, den Schaden, den er anrichtete, mußte der Gesunde tragen. Wenn mit einem geisteskranken Geschäftsmanne der Gesunde gutgläubig ein Geschäft gemacht hatte, wenn er auch nicht erkennen konnte, daß sein Partner geisteskrank war, so mußte er den Schaden tragen. Ich habe es nicht selten erlebt, namentlich bei Börsengeschäften und sonstigen kaufmännischen Dingen, daß z. B. die Geschäfte, die schlecht ausgegangen waren, bei beginnender Paralyse, eingeklagt wurden, aber wo die Kranken Geld verdient hatten, da rührten sich die Vertreter der Kranken nicht. Jetzt ist im B. G.-B. bestimmt, daß der Geisteskranke den Schaden, den er angerichtet hat, tragen muß, wenn er ihn ohne Gefährdung seines standesgemäßen Unterhalts tragen kann. Das ist aber eine sehr umständliche Maßnahme; ich habe fast noch niemals gehört, daß sie angewendet werden konnte, denn der Begriff des standesgemäßen Unterhalts ist ein sehr weit gedehnter. Ich bin in einem Prozeß tätig gewesen, der, verzeihen Sie, wenn ich das Wort gebrauche, das Blödsinnigste darstellte, was mir je vorgekommen ist. Es klagte eine Dame gegen einen Kollegen und dessen frühere Assistenten: Sie sei 30 Jahre vorher in der betreffenden Irrenanstalt durch die Punktion in den 4. Ventrikel verletzt worden, um auf erbliche syphilitische Belastung des Kleinhirns geprüft zu werden. Dadurch sei sie tobsüchtig geworden. Da sie eine hochgescheite Person gewesen sei, aus erstklassiger Familie, so hätte sie eine gute Partie machen können; diese sei ihr verschlagen worden. Sie sei erheblich geschädigt; ihren Schaden bezifferte sie auf 30000 M. und klagte ihn ein. Da greift man sich doch an den Kopf und fragt sich: Muß denn der Richter eine solche Klage annehmen? Er mußte sie annehmen, und die Kollegen, der eine war unterdessen Geheimrat, die beiden anderen Sanitätsräte geworden, mußten sich einen Anwalt nehmen. Der Prozeß ist wohl 3 Jahre hin und her gegangen — der eine war der verstorbene Kollege Jastrowitz — so daß die Anwaltskosten sich schließlich auf 1000 M. belaufen haben. Dann erst wurde die Klägerin unter Pflegschaft gestellt und der Pfleger sagte: Meine Klientin ist nicht bloß jetzt geisteskrank, sie war es

bereits bei der Klageerhebung. Infolgedessen wurde die Klage zurückgewiesen. Jetzt wollten die Herren Schadenersatz haben, da hieß es: es sind nicht genügend Mittel zur standesgemäßen Unterhaltung vorhanden! Sie mußten sich infolgedessen mit einer kleinen Summe begnügen. — Deshalb, m. H., ist es notwendig, daß die gesetzlichen Bestimmungen über die Ersatzpflicht von Geisteskranken revidiert werden, und zwar ist die Forderung nicht bloß von Medizinern erhoben worden, sondern auch von Juristen. Herr Prof. Rümelin in Tübingen hat neulich eine sehr interessante Schrift herausgegeben, worin er sagt, es sei vielleicht am besten, wir stellten uns auf den englischen Standpunkt. Dort ist der Geisteskranke schadenersatzpflichtig, es sei denn, daß derjenige, der das Geschäft kontrahiert hat, den Zustand gekannt und trotzdem das Geschäft gemacht hat. Wie die Aenderung stattfinden soll, das ist eine rein juristische Erwägung; jedenfalls müssen wir in unser Programm hineinnehmen, daß die Schadenersatzpflicht für Geisteskranke geändert werden muß.

Den wesentlichsten Nachteil bei dem Schutz vor Geisteskranken bildet aber das mangelhafte Verständnis für das Wesen der geistigen Erkrankungen in Laienkreisen. Durch geeignete Belehrung, insbesondere auch durch Einwirkung auf die Tagespresse, muß dies zu ändern versucht werden. M. H.! Ich halte diesen Punkt für den allerwichtigsten und habe schon gesagt, daß es Tatsache ist, daß wir in der Oeffentlichkeit und insbesondere auch in der Presse meist schlecht wegkommen, daß die Leute es wirklich für möglich halten, daß wir aus Voreingenommenheit und Einseitigkeit gleichsam für den Menschen eine geistige Normaluniform geschaffen haben, und wenn an dieser Normaluniform nur die Binde schief oder ein Knopf nicht richtig sitze, da kämen wir und sagten, der Mensch wäre geisteskrank und gemeingefährlich. Da frage ich mich: Wie können gebildete Laien das glauben? Wie können namentlich Zeitungen, die die Bildung und Wissenschaft auf ihre Fahne geschrieben haben, in solch törichter Weise für all diese schwachsinnigen Krakehler und deren Anhang Reklame machen? Es gibt außer den Gründen, die ich schon angeführt habe, noch einen. Dieser liegt im Wesen der Geisteskrankheiten. Die Erscheinungsweise geistiger Erkrankungen hat sich in den letzten 30 Jahren, in einer Zeit, die wir noch mit erlebt haben, in gewissem Grade geändert. Es wiegen entschieden die Formen vor, deren Grundzug es ist, daß auf einer bereits defekten Grundlage, auf dem Boden der Minderwertigkeit, durch irgendein äußeres Ereignis Wahnideen, Betätigungsdrang und Unruhe aufspringen, und daß, wenn die Ursache behoben ist oder die Kranken in Anstalten zur Ruhe kommen, die Ideen, die Unruhe und der halluzinatorische Beiklang auffällig stark abblassen. Mit andern Worten: das leichte Herausschwanken aus der Gleichgewichtslage und das ebenso leichte Zurückschwanken ist ein Signum der Geisteskrankheiten der Gegen-

wart. Aber das Zurückschwanken geschieht nicht ganz; es fehlt in den meisten Fällen bei der Rückkehr in den Ruhezustand die Einsicht in die vorhergegangene Krankheit. Nun ist es Temperamentssache, daß die Leute nicht zugeben wollen: ich bin krank gewesen; oder es ist Eigensucht, daß sie die Nachteile durch die tatsächlich vorliegende Krankheit nicht erdulden wollen. Damit haben wir das prinzipielle Hochkommen des Krakehlertums, bei dem man immer und immer wieder sieht, daß solche Leute ihre Gefolgschaft finden. Unsere Abwehr dagegen gilt in erster Reihe Kollegen, die als Sachverständige auftreten. Ich will niemandem das Recht der eigenen Meinung schmälern; es gibt aber leider Eigenbrödler, die solche Leute unterstützen, indem sie ihrerseits die Kraft der Sachverständigentätigkeit überschätzen. Auch wenn es ein Name ist, der früher hochbekannt war, ich gestehe niemandem das Recht zu, nach einer heute erfolgten Untersuchung zu sagen: der Mensch kann vor 14 Tagen keine ausgesprochenen Beeinträchtigungsideen gehabt haben! Das ist ein unsinniges Beginnen Tatsachen gegenüber! Wenn ich als Medizinalbeamter bezeuge, der Mann sprach das an dem Tage meiner Untersuchung zu mir und gebärdete sich so und so, können mir diese Tatsachen durch spätere gutachtliche Ausführungen nicht weggeleugnet werden, sonst müßte ich für einen Verbrecher gehalten werden. Deshalb ist es eine Forderung, die nicht genug hervorgehoben werden kann, und die gerade diejenigen, die Geisteskranke amtlich untersuchen, streng festhalten müssen: Sie müssen in Ihr Gutachten, ich möchte sagen schulmäßig, immer darauf halten, daß sie genau erklären: Was habe ich selbst gesehen, was habe ich gehört, was sagte der Untersuchte zu mir? Wie war sein Gesamtgebahren? Sie müssen versuchen, so zu schildern, daß auch noch nach Monaten und Jahren Ihnen gesagt werden muß: Das hat der Mann sich nicht herausspintisiert, das sind keine Augurenaussprüche, das ist eine plastische Schilderung.

M. H.! Die öffentliche Meinung wird man sehr schwer umgestalten können. Wenn man auch immer wieder versucht, sagen wir populär durch Aufsätze, durch Vorträge einzuwirken, das zieht nicht. Wir haben leider etwas bisher vernachlässigt, das ist die unmittelbare Abwehr im Einzelfall. Wir sind uns unserer Würde zu sehr bewußt, wir sind, wenn ich diesen Ausdruck brauchen darf, zu vornehm. Wenn irgendeine Torheit in der Zeitung steht, daß wir grundlos und einseitig einen Menschen für geisteskrank erklärt hätten, dann zucken wir nur die Schultern und schweigen; wir fühlen uns aber auch durch die Berufsverschwiegenheit, durch die Amtsverschwiegenheit gebunden. Meiner Ueberzeugung nach würden wir im allgemeinen aufklärend wirken, wenn wir in jedem Einzelfall uns wehrten, wenn wir auf einen Angriff sofort erwiderten und öffentlich die Gründe anführten, die uns zu unserer Meinung berechtigten. Es ist schwer, in das Getriebe des Tages hinaus-

zutreten; aber ich billige es und habe neulich mit großer Freude gesehen, wie in einem Prozesse, wo ein Berliner Gerichtsarzt in schmählicher Weise wegen eines Gutachtens über Haftfähigkeit angegriffen wurde, gerade der Kollege, der eine gegenteilige Ansicht vertreten hatte, sofort auftrat und bewies, daß sein Kollege mit seiner Auffassung zu der Zeit, wo er gutachtete, Recht hatte. Deshalb stelle ich zur Erwägung anheim, daß Sie in geeigneten Fällen, wenn man Ihnen an den Wagen fährt, nichts schuldig bleiben. Gehen Sie in die Oeffentlichkeit und geben Sie dem Verleumder etwas drauf. Es wirkt und imponiert. Ich habe mit einer Reihe akademisch gebildeter Herren aus andern Fakultäten gesprochen, mit Universitätslehrern, die sagen: Ja, wir vermissen es immer, wenn so etwas in der Zeitung steht, warum kommt nichts dagegen? Deshalb, m. H., habe ich in meinem letzten Leitsatz gesagt: „Einen wesentlichen Nachteil beim Schutze vor Geisteskranken bildet das mangelhafte Verständnis für das Wesen der geistigen Erkrankungen in Laienkreisen. Durch geeignete Belehrung, insbesondere auch durch Einwirkung auf die Tagespresse, muß dies zu ändern versucht werden.“ Steter Tropfen höhlt den Stein, m. H.! Es ist gerade augenblicklich die günstigste Zeit! Wir haben jetzt ein paar Ereignisse gehabt, die selbst die Stumpfsten aufrütteln müssen, diese Massentötungen durch Geisteskranke. Warum machen wir den Laien nicht klar, daß ihre Oberflächlichkeit und Einseitigkeit die Hauptschuld an solchem Unglück trägt. Es sind die törichten Laien, die immer glauben wollen: in einem „plötzlichen Ausbruch von Geisteskrankheit“ hat der Täter gehandelt. Wir wissen, daß das so gut, wie niemals stattfindet; wir wissen, daß die unglücklichen Menschen, die ein derartiges Amoklaufen machen und eine Masse von Personen umbringen, gewöhnlich Personen sind, die längst Wahnideen in sich geborgen haben. Es kann gar nicht anders sein, als daß sie bereits durch einzelne Handlungen und Aeußerungen aufgefallen sind, die unverstanden blieben oder künstlich kachiert wurden, bis plötzlich der Vulkan zum Ausbruch gekommen ist. Das muß den Leuten klar gemacht werden.

M. H.! Ich danke Ihnen, daß Sie so liebenswürdig gewesen sind und mir zugehört haben. Ich wünschte, daß das, was wir hier beschließen, einen Widerhall — im besten Sinne — in der Oeffentlichkeit finden möchte und dies der Anfang einer Offensive würde in einer Zeit, wo wir eigentlich in die Defensive gedrängt werden; denn denken Sie nur immer daran: „Die beste Verteidigung ist der Hieb!“

(Allseitiger Beifall!)

Die von dem Herrn Berichterstatter aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

„1. Der Schutz vor Geisteskranken ist ein wesentlicher Teil

der öffentlichen Fürsorge; seine Ausführung gebührt in erster Reihe den Verwaltungsbehörden.

2. Den Verwaltungsbehörden muß durch Umgestaltung der Gesetzgebung die zweifelsfreie Möglichkeit gegeben sein, gemeingefährliche Geisteskranke in geeignete Anstalten unverzüglich unterzubringen und dort zu verwahren.
3. Die Rechtspflege soll nur insofern an der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker beteiligt werden, als die erkennenden Strafgerichte die Erstunterbringung wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochener durch Urteil verfügen.
4. Wünschenswert wäre die gesetzlich zu schaffende Möglichkeit, auch geistig Minderwertige mit wesentlicher Betätigung antisozialer Eigenschaften durch Anstaltsverwahrung mindestens zeitweilig unschädlich zu machen.
5. Dies gilt besonders von denjenigen Minderwertigen, die erhebliche oder wiederholte strafbare Handlungen begangen haben. Bei ihnen würde die Erstunterbringung ebenfalls der Rechtspflege, nämlich Strafgerichtsurteilen, vorbehalten bleiben.
6. Notwendig ist ferner eine Beaufsichtigung der außerhalb der Anstalt befindlichen Geisteskranken, die von Medizinalbeamten ausgeübt bezw. geleitet werden soll.
7. Es muß ferner ein Weg gefunden werden, alle einen Geisteskranken betreffenden wichtigen Geschehnisse an geeigneter Stelle so zu sammeln, daß jederzeit darüber Auskunft erteilt werden kann.

   Es empfiehlt sich jedenfalls bei kriminell gewordenen Geisteskranken eine Mitteilung an das Strafregister.
8. Wünschenswert wäre ferner eine Aenderung des bürgerlichen Rechtes in bezug auf das „Entmündigungs-, Pflegschafts- und Entschädigungsverfahren“ in der Richtung, daß die Interessen der Gesunden gegenüber den Geisteskranken mehr gewahrt werden als bisher.
9. Einen wesentlichen Nachteil beim Schutz vor Geisteskranken bildet das mangelhafte Verständnis für das Wesen der geistigen Erkrankungen in Laienkreisen. Durch geeignete Belehrung, insbesondere auch durch Einwirkung auf die Tagespresse, muß dies zu ändern versucht werden.“

Vorsitzender: M. H.! Ehe wir mit der Diskussion beginnen, möchte ich mit wenigen Worten auf die vom Herrn Referenten erwähnten „pathologischen“ Druckfehler in den Leitsätzen eingehen; denn für den Druck der Leitsätze trage ich ja in gewisser Beziehung die Verantwortung. Daß in einer Breslauer Druckerei der im Manuskript vorgedruckte Name und Titel des Vortragenden allerdings

derartige Entstellungen erfahren konnte wie hier: „Lippmann“ statt Leppmann und „Divisionsarzt“ statt „Kreisarzt“ konnte ich sicherlich nicht ahnen, da der „Divisionsarzt“ aber den Rang der Räte 3. Klasse hat, also eine Rangklasse höher als der Kreisarzt steht, so wird der Herr Vortragende hoffentlich den Druckfehler nicht allzu schmerzlich empfunden haben (Heiterkeit). Für den anderen Druckfehler bin ich aber ganz unschuldig. Daran trägt der Herr Vortragende zum Teil selbst die Schuld, weil er beim gestrigen Diktieren der Leitsätze den letzten vergessen hatte, so daß ich diesen erst heute morgen bei der Korrektur nachgetragen habe. Die Breslauer Druckerei hat es dann fertig gebracht, die eine Hälfte des betreffenden Leitsatzes dem Leitsatz Nr. 6 beizufügen, dessen Inhalt dadurch nicht nur völlig unverständlich, sondern der reine Unsinn geworden ist, den man mit Recht „pathologisch“ bezeichnen kann. Dafür ist aber wiederum die Buchdruckerei allein verantwortlich; denn eine zweite Korrektur ist von mir nicht gelesen. Ich habe jedoch für Neudruck der Leitsätze Sorge getragen; sie sind auch, wie ich sehe, bereits in berichtigter Form in Ihren Händen.

Ich eröffne nunmehr die

Diskussion.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Strassmann**-Berlin: M. H.! Ich möchte zur Ergänzung des Leitsatzes Nr. 8 noch auf einen Punkt verweisen, auf den ich schon öfter in unseren Sitzungen hingewiesen habe, als ich die Ehre hatte, als Referent über die Reform der St. P. O. tätig zu sein. Das ist der mangelnde Schutz der Gesunden, die genötigt sind, gegen solche Personen, die sich später als geisteskrank herausstellen, eine Privatbeleidigungsklage anzustrengen. Wenn wir durch die schwersten Angriffe von Menschen, von deren Geisteskrankheit bisher absolut nichts bekannt war, und von der wir nichts ahnen können, gezwungen werden, eine Beleidigungsklage gegen sie anzustrengen, und nachher im Verlaufe des Verfahrens sich herausstellt, daß die Personen geisteskrank und unzurechnungsfähig sind, dann bleibt nach der bisherigen Gesetzgebung nichts anderes übrig, als daß das Verfahren auf Kosten des Klagenden, der doch vollkommen in seinem Rechte gehandelt hat und den irgendein Verschulden nicht trifft, abgewiesen werden muß. Das kann doch nicht gerecht sein. Ich habe die Genugtuung gehabt, daß in früheren Versammlungen meinen Ausführungen über diesen Punkt bei Gelegenheit der Beratung des Neu-Entwurfs der St. P. O. ebenso zugestimmt wurde wie meiner Forderung, daß in einem solchen Falle evtl. die Staatskasse für den Klagenden einzutreten hat. Der Entwurf der St. P. O. ist bekanntlich vorläufig zurückgestellt, da erst die Strafgesetzgebung erledigt werden soll; aber wir dürfen wohl hoffen, daß später, wenn er wieder aufgenommen wird, unserem Antrage Rechnung getragen wird.

Im übrigen möchte ich mich den Thesen des Herrn Kollegen Leppmann und auch den Ausführungen, die er zu ihrer Begründung gegeben hat, durchaus anschließen. Ich glaube, Sie werden das im allgemeinen auch tun. Es sind zum Teil dieselben Erfahrungen und zum Teil sogar die gleichen Fälle, über die ich verfügen kann — solche Fälle unterliegen ja gewöhnlich mehrfacher Begutachtung — gerade mit einigen der besonders krassen und interessanten Fälle, die wir von dem Herrn Referenten gehört haben, bin ich auch befaßt gewesen, und sie haben mich zu den gleichen Schlüssen geführt.

Nur einen Punkt möchte ich nicht ganz unwidersprochen lassen, das ist die entschiedene Stellungnahme des Herrn Kollegen Leppmann gegen Sonderanstalten. Er hat den Standpunkt vertreten, daß alle kriminellen Irren nur

in allgemeine Irrenanstalten gebracht werden sollen, und daß eine solche Sonderanstalt praktisch ein Mißgriff wäre. Ich bin anderer Ansicht. Tatsächlich ist freilich der Unterschied zwischen unserem Standpunkt vielleicht nicht so erheblich. Man hat früher vielfach gesagt, es ist am besten, solche gefährliche Elemente zu verteilen, zu „verdünnen"; sie würden unschädlich in der großen Menge harmloser Elemente in der Anstalt. Dieser Standpunkt ist von dem Herrn Referenten zum Teil verlassen worden; die Erfahrung lehrt ja auch, daß das, wenigstens häufig, nicht der Fall ist, und daß schon wenige derartig gefährliche und hetzerische Elemente eine außerordentliche Störung für den ganzen Anstaltsbetrieb sein können. Herr Kollege Leppmann hat sich auch auf den Standpunkt gestellt, daß gewisse Sonderabteilungen, feste Häuser, notwendig sind; ob man aber derartige Sonderabteilungen schafft, oder ob man schließlich diese Sonderabteilungen zu einer Sonderanstalt vereinigt, das ist vielleicht mehr eine praktische Frage, nicht eine solche von grundsätzlicher Natur. Ich muß gestehen, daß ich eine gewisse Vorliebe gewonnen habe für eine solche Sonderanstalt, gerade auf Grund eines Besuches, den ich vor wenigen Wochen der bekannten englischen Anstalt zu Broadmoor abgestattet habe. Im Anschluß an den Londoner Kongreß hatten nämlich die vereinigten Sektionen für Psychiatrie und gerichtliche Medizin diese Anstalt besichtigt, die seit 50 Jahren die kriminellen Geisteskranken von Großbritannien aufnimmt. Sie ist mit ungefähr 800 Personen, 600 Männern und 200 Frauen belegt; zu etwa $^3/_4$ handelt es sich um Mörder, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß nach dem englischen Strafrecht manches als Mord bezeichnet wird, was wir anders nennen, daß z. B. Kindesmord kein besonderes Delikt ist, sondern als Mord gilt. Ich habe auch von andern deutschen Kollegen, die an der Besichtigung teilnahmen, z. B. von Weygandt-Hamburg und Puppe-Königsberg i. Pr., gehört, daß sie ebenso wie ich einen überaus günstigen Eindruck von dem Betriebe der Anstalt gewonnen haben. Wenn man das Leben, das die Kranken führen, vergleicht mit dem Leben, das sie in den festen Häusern der Anstalten bei uns führen, dann scheint es mir, daß diesen Unglücklichen doch eine viel mehr erträgliche und zum Teil erfreuliche Existenz gewährt ist, als gerade in diesen festen Häusern. Es erscheint mir dies auch in gewissem Grade begreiflich. Wenn jemand in einer allgemeinen Anstalt zu tun hat und darin Sonderabteilungen für Kriminelle und besonders gefährliche Personen bestehen, so ist es ganz natürlich, daß die Beschäftigung mit dieser Abteilung ihm weniger angenehm ist, wie mit den übrigen. Jeder Mensch verkehrt schließlich lieber mit Unbescholtenen als mit Verbrechern, und so scheint es mir ganz erklärlich, daß hier die Kriminellen nicht die gleiche Berücksichtigung finden wie in einer Anstalt, die ausschließlich für solche Kranken bestimmt ist, und in der das gesamte Personal darauf angewiesen ist, nur der Pflege dieser Kranken sich zu widmen. Es fiel mir sehr auf, daß in Broadmoor ein an Zahl verhältnismäßig geringes Pflegepersonal zu sehen war, auch in den gefährlichen Abteilungen, und zwar viel geringer, wie mir schien, als bei uns; es muß also doch mit diesen Personen — auch in großer Masse — ganz gut fertig zu werden sein. Herr Kollege Leppmann hat schon hervorgehoben, daß auch bei uns vielfach das Streben nach Schaffung derartiger Sonderanstalten besteht und schon entsprechende Versuche gemacht sind. Es war mir daher interessant und erfreulich, daß ich bei jener Gelegenheit gerade von französischen Kollegen, die die Anstalt in Düren gesehen haben, hörte, wie günstig der Eindruck gewesen war, den sie von ihr gewonnen hatten, und wie sehr sie die Einrichtungen, die dort getroffen waren, schätzten. Ich glaube, daß wir gar keine Veranlassung haben, uns grundsätzlich ablehnend gegen derartige Anstalten zu verhalten, die, wie ich hervorheben möchte, reine Irrenanstalten sein sollen, kein Mittelding zwischen Irrenanstalt und Strafanstalt, und die, wie auch die Broadmoorer Anstalt es hat, völlig unter ärztlicher Leitung stehen müssen. Gewiß gibt es sehr viele ganz harmlose kriminelle Irre, die in eine allgemeine Anstalt passen; es ist auch leichter, sie aus der besonderen Abteilung einer gemeinsamen Anstalt in eine der gewöhnlichen Abteilungen zu verlegen, als aus einer besonderen in die allgemeine Anstalt. Aber eine Verlegung geschieht auch aus Broadmoor in die allgemeinen Irrenanstalten, und wenn sie etwas erschwert ist, so meine ich, daß dieser Nachteil doch vielleicht durch die übrigen Vorteile, die die Sonderanstalt bietet, aufgewogen werden wird.

Vorsitzender: Wünscht sonst noch jemand das Wort zu diesem Vortrage zu nehmen? — Es ist nicht der Fall. Ich erteile daher dem Herrn Vortragenden das Schlußwort.

Geh. Med.-Rat Dr. **Leppmann**-Berlin (Schlußwort): M. H., ich kann mich kurz fassen. Wie die Versorgung der gemeingefährlichen Geisteskranken sein wird, das möge eine Frage der Zukunft bleiben; die Hauptsache ist, daß wir eine sichere Unterbringung erreichen. Es sind zwar prinzipielle Gegensätze, die mich vielleicht noch etwas von Herrn Kollegen Dr. Strassmann trennen, aber doch nur in diesem einen Punkte; das Wesentliche ist, daß er sowohl wie Sie alle im großen ganzen mit meinen Leitsätzen und mit der ganzen Tendenz meiner Ausführungen einverstanden zu sein scheinen.

(Bravo!)

Vorsitzender: M. H.! Es ist bei uns meist nicht Sitte, daß wir über Leitsätze abstimmen; im vorliegenden Falle dürfte es sich aber empfehlen, eine Ausnahme zu machen und unsere Ansicht zu dieser wichtigen Frage durch Abstimmung über die Leitsätze zum Ausdruck zu bringen. Sie sind in der gestrigen Vorstandssitzung einer eingehenden Beratung unterzogen und haben in ihrer jetzigen Form die einstimmige Zustimmung des Vorstandes erhalten, der ebenfalls der Ansicht ist, daß es bei dieser aktuellen Frage wünschenswert ist, wenn von seiten unseres Vereins ein bestimmter Beschluß gefaßt wird. Aus dem allseitigen Beifall, den Sie den Ausführungen des Herrn Vortragenden gespendet haben, und für die ich ihm auch noch namens des Vorstandes unseren verbindlichsten Dank ausspreche, glaube ich nun entnehmen zu dürfen, daß Sie auch mit den von ihm aufgestellten Leitsätzen einverstanden sind; ich möchte deshalb diese jetzt zur Abstimmung bringen, falls sich kein Widerspruch erhebt. — Da dies nicht der Fall ist, bitte ich diejenigen Herren, die mit den Leitsätzen des Herrn Vortragenden einverstanden sind, die Hand zu erheben!

Die Leitsätze sind einstimmig angenommen.

M. H.! Wir haben bis zu der beabsichtigten Frühstückspause noch etwas Zeit. Ich schlage deshalb vor, daß wir jetzt gleich die

IV. Vorstandswahl

vornehmen, die allerdings erst den letzten Gegenstand auf der Tagesordnung des zweiten Sitzungstages bildet. Wir haben dann aber morgen mehr Zeit zu Besichtungen übrig. Ich frage, ob Sie mit meinem Vorschlage einverstanden sind

(Allseitige Zustimmung).

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Telke**, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau: M. H.! Ich stelle den Antrag, unseren bisherigen bewährten Vorstand per Akklamation einstimmig wiederzuwählen.

(Lebhaftes Bravo!)

Vorsitzender: M. H.! Der Antrag ist ja für den Vorstand außerordentlich schmeichelhaft, er kann aber nur zur Abstimmung gebracht werden, wenn keine Stimme dagegen ist. Ich frage also zunächst, ob jemand Widerspruch erhebt? — Das ist

nicht der Fall. Dann bitte ich diejenigen Herren, die für den Antrag sind, sitzen zu bleiben. Es erhebt sich niemand; der Antrag ist einstimmig angenommen. Im Namen des Vorstandes danke ich für die einstimmige Wiederwahl; von den anwesenden Herren Vorstandsmitgliedern weiß ich, daß sie die Wiederwahl annehmen, von den abwesenden glaube ich, dies auch annehmen zu dürfen.

(Frühstückspause.)

V. Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute.

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Lesser**-Breslau: Meine geehrten Herren! Unser hochgeschätzter Herr Vorsitzende hat, wie er mir schrieb, in Uebereinstimmung mit dem Vorstande mich ersucht, zu Ihnen über das Thema: „Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute“ zu sprechen. Mit der ihm eigenen Liebenswürdigkeit hat er mir jedoch auf meine Bitte erlaubt, das Thema etwas abzuändern; ich werde mir somit gestatten, Ihnen einiges über die Art und Weise vorzutragen, in der wir hier in Breslau uns bestreben, den Aufgaben des gerichtlich-medizinischen Institutes gerecht zu werden.

Das hiesige Institut ist, als Universitätsinstitut, verpflichtet, dem Unterricht der Studierenden seine Hauptkräfte zu widmen; wir beteiligen uns aber auch eifrigst an den Fortbildungskursen für Aerzte, die seitens der Fakultät alle zwei Jahre eingerichtet werden. In jedem dieser Kurse waren etwa 20 Kollegen inskribiert. Die Zahl der Studierenden ist eine höhere gewesen. Im Studienjahr 1912 betrug sie 179; die größere Hälfte entfiel auf die Mediziner, die kleinere auf die Juristen. Für jede Fakultät wird der Unterricht gesondert erteilt; denn es geht ja nicht an, vor Juristen in derselben Weise zu dozieren, wie vor Medizinern, die im Durchschnitt im 9. oder 10. Semester stehen. Es ist auch nicht zweckentsprechend, den Juristen die Kapitel vorzutragen, deren Kenntnis für den Mediziner von hauptsächlichster Wichtigkeit ist.

Seitdem das jetzige Institut besteht, seit dem Jahre 1908, werden alle gerichtlichen Sektionen des Stadtkreises Breslau in ihm vorgenommen; ein anderer Teil des Leichenmaterials fließt aus dem Leichenschauhause, dessen Lokalitäten sich in dem uns benachbarten Gebäude der Anatomie befinden.

Auch auswärtige Gerichte beschäftigen uns. Es werden uns Untersuchungen auf Blutflecke, Tier- und Menschenblutflecke, sowie auf Spermaflecke übertragen; Untersuchungen von Haaren gelangen an uns; es kommt auch nicht selten vor, daß uns anatomische Objekte zu mikroskopischer Untersuchung zugesandt werden, deren makroskopische Betrachtung die Herren Obduzenten noch nicht zum völligen Verständnis der vorliegenden Verhältnisse geführt hat. Wir bekommen auch nicht

selten den Auftrag, Präparate aufzustellen, die, nachdem sie konserviert oder mazeriert sind, an die Gerichte zurückgegeben werden, um in der Hauptverhandlung demonstriert zu werden, die aber später, nach Beendigung des Verfahrens, meist wieder dem Institut für seine Sammlung überlassen werden.

Dieser Sammlung haben wir von vornherein die allergrößte Pflege angedeihen lassen, so daß wir jetzt durch ihre Reichhaltigkeit in der Lage sind, den Unterricht zu einem Anschauungsunterlicht zu gestalten. Wir können den Hörern ein zuverlässiges Bild der Verhältnisse, die besprochen werden, durch Vorzeigen der Präparate mit auf den Weg geben und setzen sie so in den Stand, eigene Erfahrungen mit heimzunehmen. Die Sammrung enthält z. Zt. gegen 2000 Präparate.

Es gibt jedoch viele gerichtsärztlich interessante Objekte, die nicht in der gewohnten Weise zu konservieren sind, einmal weil die Objekte überhaupt nicht unverändert aufgehoben werden können, oder zweitens weil sie nicht zu asservieren sind, da die Teile den Leichen trotz Entgegenkommens seitens des Richters nicht entnommen werden dürfen. In solchen Fällen tritt dann die Photographie in Wirksamkeit, und zwar werden die Veränderungen entweder in der gewöhnlichen Weise oder unter Anwendung von Lumièreplatten aufgenommen.

Von sehr großer Bedeutung erscheint es mir, den Studenten ein so vollständiges Bild einer Gesetzesverletzung zu geben, als irgend erreichbar ist; ich bin daher bestrebt, Aufnahmen von dem Ort der Tat, der Situation, in der die Leiche gefunden worden ist etc., zu gewinnen; ein Bestreben, das sowohl von der hiesigen Kriminalpolizei, wie von den Gerichtsbehörden in weitgehender Weise unterstützt wird.

Ich hätte es gern gesehen, wenn Ihre Sitzung, meine verehrten Herren, in meinem Institut stattgefunden hätte; aber die Zahl, in der Sie der Einladung unseres Herrn Vorsitzenden gefolgt sind, ist etwas größer als die Zahl der Sitze in meinem Auditorium. Ich kann Ihnen daher meine Arbeitsstätte nur in effigie vorführen.

Ich werde Ihnen das Gebäude zunächst im Aufriß zeigen und dann auf Durchschnitten seine innere Einrichtung demonstrieren.

Sie sehen (Projektion I), das Haus besteht aus einem Haupt- und Nebengebäude. In dem Nebengebäude befindet sich — Projektion II — erstens der Sektionssaal, an den sich ein Zimmer für chemische und mikroskopische Untersuchungen anschließt, wie sie während der Sektion ausgeführt werden können. Darauf folgt III. ein Richterzimmer und IV. ein Zimmer für Zeugen. An die andere Seite des Sektionssaales stößt ein Leichenaufbewahrungsraum, der eine Kühlkammer hat von der Größe, daß zwei Leichen Erwachsener gleichzeitig untergebracht werden können; eine Kühlkammer, die gestattet, die Temperatur mit Leichtigkeit auf minus 4 Grad zu halten. Sie wird nur in der wärmeren Zeit in Anspruch genommen, sonst kommen die Leichen direkt aus dem Leichenhause auf den Seziertisch. Durch einen kleinen Gang gelangt man dann in zwei fernere Räume, deren einer für Tierexperimente, deren zweiter für Tiersektionen bestimmt ist. In den weiteren Teilen des Erdgeschosses befindet sich die Heizvorrichtung des Gebäudes mit Kohlenlager, das Arbeitszimmer des Dieners und dessen Privatwohnung.

Im ersten Geschoß — Projektion III — sind die Sammlung, dann das Vorbereitungszimmer für die aufzustellenden Präparate, drittens das Auditorium mit dem hier aufgestellten Projektions-Apparat und viertens ein Zimmer für mikroskospische Demonstrationen untergebracht. Außer jener Sammlung makroskopischer Objekte haben wir auch eine solche mikroskopischer Präparate und eine fernere von Photographien, die in Schränken aufbewahrt werden, die in anderen Räumen ihren Platz gefunden haben.

Hier das zweite Geschoß — Projektion IV —. Am meisten nach Osten liegt das Zimmer für praktische mikroskopische und chemische Kurse, daran schließen sich ein Raum für chemische Untersuchungen, das Direktorzimmer, die Bibliothek und ein Zimmer für Untersuchungen an Lebenden.

Im Dachgeschoß — Projektion V — sind das photographische Atelier das Assistentenzimmer, ein Aufbewahrungsraum für Präparatengläser, Chemikalien etc. und einige Räumlichkeiten zur Ergänzung der Dienerwohnung installiert.

Ich werde nun dazu übergehen, Ihnen eine Reihe von Präparaten vorzuführen, von denen ich hoffen möchte, daß sie Ihr Interesse zu wecken im Stande seien.

Die ersten 4 Fälle sind Verletzungen bei krimineller Unterbrechung der Schwangerschaft, ein Kapitel, über das ich schon einmal und zwar vor beinahe 30 Jahren in dem Preußischen Medizinalbeamtenverein zu sprechen Gelegenheit genommen habe.[1])

Das Interesse an dieser Straftat dürfte sich inzwischen wohl nicht gemindert haben; ist doch die Zahl auch der abgeurteilten Fälle, die ja nur einen äußerst kleinen Teil der wirklichen Vorkommnisse umfassen, inzwischen erheblich gewachsen, steht doch die Gesetzesverletzung auch in enger Beziehung zu dem zur Zeit so vielseitig diskutierten Thema des Geburtenrückganges.

Um nur einiges statistische Material zu bringen, führe ich an, daß nach der Kriminal-Statistik des Deutschen Reiches im Jahre 1890: 167, im Jahre 1900: 314 und im Jahre 1910: 769 Verurteilungen erfolgt sind. Von diesen 769 im Jahre 1910 ausgesprochenen Verurteilungen wurden 757 Personen weiblichen Geschlechts und 219 Männer betroffen: ein Verhältnis, das von dem hier in Breslau obwaltenden außerordentlich zuungunsten der Männer sich unterscheidet. Im Oberlandesgerichtsbezirk Breslau ist, wie aus der gleichen Statistik hervorgeht, die Zahl der Aburteilungen von 14 im Jahre 1901 auf 82 im Jahre 1910 gestiegen; 1901 handelte es sich um 21, 1910 um 101 Angeklagte. Ueber die entsprechenden Zahlen aus dem Stadtkreise Breslau habe ich authentisches Material in den statistischen Berichten nicht finden können; ich kann nur sagen: wenn ich alle meine schriftlichen Gutachten aus den Jahren 1893 bis jetzt in Betracht ziehe — in vielen Sachen bin ich nur in der Hauptverhandlung gehört worden — und die Zahl dieser Gutachten = 100 setze — die absolute Zahl ist größer — so ergibt sich, daß mehr als $^2/_3$ aller Gutachten sich auf Fälle beziehen, die in die letzte Dekade fallen, und daß weniger als ein Drittel der Fälle den Jahren 1893 bis 1903

[1]) Siehe Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; neue Folge, 44. Bd., 1886, S. 220—234.

angehört. Unter den Angeklagten dieser Fälle — einmal handelte es sich in einer Sache um über 30 Abtreibungen — befanden sich 9 Männer und unter diesen 6 Aerzte. Drei Aerzte sind ohne ihr Verschulden in Untersuchung geraten, drei verurteilt worden, und zwar zwei wegen vollendeter Abtreibung, einer aus § 49a, ein Paragraph, der ja bestimmt, daß derjenige sich strafbar macht, der die Aufforderung zur Teilnahme an der Begehung eines Verbrechens annimmt. Im letzten Fall handelte es sich um einen jungen Arzt, der Epilektiker, Potator und Luetiker, seit Jahren tief in Schulden steckend, von einem seiner Studiengenossen, einem Apotheker, der ein Mädchen aus angesehener Familie geschwängert, Geld angenommen hatte, nachdem das Ansinnen an ihn gestellt und von ihm nicht zurückgewiesen worden war, eine Abtreibung vorzunehmen. Als aber das junge Mädchen sich ihm vorstellte, war der Abort schon seit längerem im Gange und seine baldige Beendigung völlig indiziert. Der Arzt hatte die Gebärmutterhöhle entleert und die Nachbehandlung kunstgerecht besorgt; weiter hatte er nichts vorgenommen. Die Sache komplizierte sich dadurch, daß der Arzt zunächst geflohen war und nicht gefunden werden konnte; inzwischen war das (nicht sehr intelligente) Mädchen auf ihr eigenes Geständnis hin — ohne Zuziehung eines Arztes — wegen vollendeter Abtreibung zu mehrmonatiger Gefängnisstrafe verurteilt worden.

Die anderen drei verurteilten Männer sind wohl zu der Gruppe der Kurpfuscher zu zählen.

Wenn man die Hand- und Lehrbücher der gerichtlichen Medizin von Schmidtmann (Haberda), von Dittrich (Fritsch), von Strassmann, von Strassmann (Hoffmann und Marx), von E. v. Hofmann-Kolisko, von Kratter, von Thoinot etc. durchsieht, kann man sehr wohl zu dem von Fritsch ausgesprochenen Urteil gelangen: „Die Verletzungen des Uterus bei kriminellem Abort sind typisch und allbekannt.“ Man findet überall von stich- und rißähnlichen Läsionen berichtet, die im großen und ganzen sich nur durch den Sitz oder die Größe, die Form oder die Tiefe von einander unterscheiden. Als größte Ausnahmen werden noch Oberflächenveränderungen der Genital-Schleimhäute durch zu große Wärme oder korrosive Eigenschaften der Injektionsmasse angeführt.

In den letzten Jahren habe ich nun eine Reihe von Präparaten zu gewinnen Gelegenheit gehabt, die Befunde darbieten, die meiner Ansicht nach eine andere Deutung als jene allerorts beschriebenen erheischen. Am ehesten können m. E. diese Befunde dadurch erklärt werden, daß man sich vorstellt, nicht nur die in das Gewebe eingebohrte Spitze der Spritze — immer handelt es sich, soweit zu urteilen, um Abtreibung mittelst Injektion — habe die vorgefundene Verletzung oder die vorgefundenen Verletzungen erzeugt, sondern diese seien zum wesentlichen Teil dadurch entstanden, daß ein Teil

des aus der Spritze ausgetriebenen Inhalts in das Gewebe selbst injiziert worden ist, dieses auseinandergedrängt und zerrissen sowie eventl. später zum Absterben gebracht, also eine Nekrose bewirkt hat, der sich mehrfach Verjauchung mit progredienter Entzündung angeschlossen hat.

Das erste Präparat — Projektion VI —, das ich Ihnen zeigen möchte, ist vielleicht noch dasjenige, das am ehesten zu Zweifel in Bezug auf die Richtigkeit meiner Annahmc Veranlassung geben könnte, ein Fall, den man als Grenzfall bezeichnen kann, den man so aufzufassen vermag wie ich, der aber auch eine andere Deutung zuläßt. Das Präparat verdanke ich den Herren Med.-Rat Dr. Martini und Dr. Marmetschke, welche die qu. Sektion auf Ersuchen der Staatsanwaltschaft — während meines Urlaubs — ausgeführt haben. Es handelt sich um eine Multipara von einigen 30 Jahren, die nach 6 wöchigem Ausbleiben der Regel zwecks Abtreibung der Frucht von einer Bekannten eine Uteruseinspritzung vermittels eines Saugdruckschlauches sich applizieren ließ. Eingespritzt wurde eine Flüssigkeit, von der nur bekannt geworden ist, daß es sich um eine Holzessiglösung (von vielleicht einem Eßlöffel Holzessig auf 1 Liter Wasser) handelte. Unmittelbar nach der Injektion ist die Frau bewußtlos umgefallen; sie wurde in ein Krankenhaus gebracht, in dem sie, ohne nochmals zu sich gekommen zu sein, unter tonischen Krämpfen 24 Stunden später verstarb.

Völlige Integrität der Vagina; der Cervix uteri saß — siehe Fig. I der Tafel — oberhalb multipler, ganz oberflächlicher Schleimhautzerreißungen von recht geringer Ausdehnung; in dem untersten Corpusabschnitt eine gequetschte Partie von etwas über Markstückgröße, die sich durch ihre rötliche Färbung infolge vielfacher, meist miliarer Blutungen — bei unversehrter Oberfläche — von der Nachbarschaft abhob. Von dem durch die Mitte der Corpuswand geführten Eröffnungsschnitt ist eine etwas oberhalb des inneren Muttermundes beginnende und bis an den Fundus führende Rißwunde der Decidua vera getroffen worden, in deren Nachbarschaft — gegen die Hinterwand zu — die Schleimhaut auf eine erhebliche Strecke von der Muskulatur abgelöst worden ist; daher die buckel- und streifenförmigen Vorwölbungen dieser Schleimhautpartien, die das Bild auch gut hervortreten läßt. Hart an dem rechten Schnittrand wölbt sich die Fruchtkapsel vor, die in der oberen Hälfte eine ausgiebige Zerreißung der Reflexa und des Chorions, zum Teil ebenfalls von kleinen Blutungen umgeben, aufweist.

Ich möchte mir vorstellen, daß die Spitze des Injektionsapparates, außer den tiefer gelegenen Verletzungen, jene große Zerreißung der Schleimhaut, und die vorgetriebene Flüssigkeit die Ablösung der benachbarten Partien herbeigeführt hat. Daß die unmittelbar nach der Injektion aufgetretenen Krankheitserscheinungen und der Tod der in die Blutmasse aufgenommenen Holzessiglösung zuzuschreiben sind, ist wohl des weiteren zu begründen hier nicht notwendig.

Beweiskräftig für die Richtigkeit meiner Annahme scheint mir das folgende Objekt zu sein. Es handelt sich um eine Person, die, wie sie sagte, am 19. April abends ein Klystier durch eine Hebamme sich hat setzen lassen. Seitdem hätten sich Blutungen eingestellt; infolge dieser und wegen aufgetretener Bauchschmerzen habe sie die Anstalt aufgesucht. Die

Aufnahme erfolgte am 27. April, also 8 Tage nach der Injektion. Es fand sich neben Sepsis stinkender Genitalausfluß, Epitheldefekte der Labien, bedingt durch abfließende Jauche, entzündliches Oedem der äußeren Geschlechtsteile; schon bei der ersten Untersuchung wurde ferner festgestellt, daß etwa die zwei oberen Dritteile der Vaginalschleimhaut schmutzig-grün-schwärzlich verfärbt, verdickt und außerordentlich mürbe waren, und daß neben dem Os uteri externum eine für die Kuppe des Zeigefingers durchgängige Perforation der inneren Scheidenabschnitte bestand. Die 29jährige Frau starb 14 Stunden nach der Aufnahme, nachdem ein Kind von 28 cm Länge und 2130 g Schwere geboren war. Es handelte sich um eine Schädellage. Vor der Geburt des Kopfes waren diejenigen Teile der Vagina, die schon bei der Aufnahme als gangränös erkannt waren, in toto ausgetrieben worden.

Projektion VII: Der untere Teil der Scheide (s. Fig. 2 der Tafel) weist in katarrhalisch geschwollener Schleimhaut Verletzungen auf, die durch eine Beckenausgangszange herbeigeführt worden sind. Nach oben schließt sich ein großer, scharf abgegrenzter Defekt an, der bis zur Basis der Portio reicht und deren Oberfläche ebenfalls in sich begreift. Die ganze Partie bildet ein jauchiges, meist unebenes Geschwür, das zum größten Teil bis in die Muscularis sich erstreckt; von der Portio fehlt ein großes Stück; ihr Stumpf zeigt gleichfalls Erweichung und Mißfärbung. Innerhalb des Gebärmutterkörpers sitzen mißfarbige und stinkende Reste von Eihäuten und von Decidua, umgeben von Jauche.

Projektion VIII: Der tiefschwarze, mannshandgroße, äußerst weiche, invertierte Lappen — siehe Fig. 3 der Tafel —, der vor der Geburt des Kopfes zutage trat, weist eine unebene vaginale Fläche und eine noch unebenere äußere Fläche auf, an der die Lösung von den tieferen Schichten sich abgespielt hat. Rechts, durch etwas Watte markiert, ist das Os uteri externum, und links jene Zerreißung zu sehen, die bereits bei der ersten Untersuchung von dem Hospitalarzt festgestellt worden war. Ich nehme an, daß das angebliche Klysma am 19. April eine Vaginaleinspritzung war, die nach Durchbohrung der Schleimhaut in der Nähe der Portio (zum Teil) in das benachbarte Gewebe hineingetrieben worden ist. Dieses wurde abgetötet, verfiel dann der Fäulnis und wurde durch den herabtretenden Kopf aus dem Zusammenhange gelöst.

Gegen die Einwirkung eines flüssigen von der Schleimhautoberfläche aus wirkenden Korrosivums spricht mit Sicherheit die Integrität der unteren Vaginal- und der äußeren Geschlechtsteile nebst deren Nachbarschaft; wäre doch auch unter solchen Umständen die Perforation der inneren Schichten neben der Portio nicht zu erklären. Das letztere ist auch gegen die Annahme der Einführung eines festen Korrosivums in die Vagina anzuführen, ganz abgesehen davon, daß ein Aetzschorf der Scheide — auch nach länger als 8 Tagen — ein ganz anderes Verhalten darbietet, als das Caput mortuum dieses Falles. Ich werde Ihnen, meine sehr geehrten Herren, zum Vergleich später eine totale Korrosion der Vagina durch Sublimatpastillen zeigen, die, trotzdem der Tod erst drei Wochen nach Einbringung der Noxe (suicidii causa) eintrat, ein wesentlich differentes Verhalten aufweist.

In dem folgenden Falle (Projektion IX) sitzen die fraglichen Verletzungen wiederum ausschließlich in der Gebärmutter, aber sowohl im Halse, wie im Körper. Es handelt sich um eine

zwanzigjährige Erstgeschwängerte, die bereits bei der ersten Untersuchung einen penetranten Gestank ex genitalibus darbot. Es lag eine erste Schädellage bei stehender Blase vor, die Wehen waren ziemlich gut; es bestand Fieber bis 39,5°. Das nach eineinhalb Tagen geborene Kind starb sofort ab; es hatte eine Länge von 45 cm und wog 1890 g. Das Fruchtwasser war stinkend gewesen. — Die Wöchnerin bot das Bild schwerer Sepsis mit 40° Temperatur und 128 schwachen Pulsen; 6 Tage p.p. trat der Tod ein, nachdem einige Stunden zuvor eine nicht ganz unerhebliche Metrorrhagie sich eingestellt hatte.

In der Cervix (Fig. 4 der Tafel) sehen Sie etwas oberhalb der von derartigen Abweichungen freien Umgebung des Os uteri externum eine zirkuläre Veränderung, die sich zum Teil als eine weiche, schwärzliche, gangränöse Masse darstellt, zur Teil als eine Reihe mit jener in ununterbrochenem Zusammenhange stehender, mehr oder minder von fauligen Teilen gereinigter Geschwüre. Uneben gleich der Oberfläche ist auch, wie auf dem Durchschnitt zu erkennen ist, der Grund der Gangrän, der an einzelnen Stellen bis in die äußeren Schichten der Muskulatur hineinreicht; überall ist die Begrenzung bei aller Unregelmäßigkeit gegen das übrigens blasse, ödematöse Gewebe ganz scharf.

In dem Gebärmutterkörper sind zwei Arten von Veränderungen zu konstatieren: Die eine ist gleichen Charakters, wie die des Gebärmutterhalses. Es handelt sich um Brand, der vornehmlich die oberen Partien der linken Korpus-Hälfte einnimmt, und der, genau wie die Gangrän der Cervix, eine Erweichung und grünlich-schwarze Verfärbung der übelriechenden Gewebsteile erzeugt hat. Sie reicht aber noch etwas tiefer als im Halse, wie Fig. 5 der Tafel (Projektion X) zeigt; sie geht bis in die Serosa. Auch hier findet sich eine rundliche, übertalergroße, graugrünliche Erweichung, die durch eine schmale Zone eitriger Infiltration von der Umgebung getrennt ist, und von der wohl die frische, totale, jauchige Peritonitis ihren Ausgang genommen hat, die auch noch angetroffen wurde.

Zu den gangränösen Abschnitten der Uterus-Corpus-Mucosa etc. führen, wie Fig. 4 der Tafel ebenfalls erkennen läßt, rinnenförmige, mehrere Zentimeter lange Risse der Schleimhaut von nicht ganz unerheblicher Breite, die im Bereich ihrer unteren, gegen das Os uteri internum zu gelegenen Abschnitte von lebenden, blassen, entzündlich geschwollenen Geweben begrenzt sind, wie auch der große Schleimhautriss, der die rechte Körperhälfte in ihrer ganzen Länge durchsetzt; er klafft außerordentlich breit infolge nicht unerheblicher Ablösung der Ränder von der Muskulatur.

Ich halte dafür, daß die Spitze einer Spritze oder dergleichen sowohl die Schleimhaut des Gebärmutterhalses, wie des Körpers mehrfach verletzt hat; wo sich zu diesen mechanischen Schädigungen keine Infiltration der Nachbarteile mit Spritzeninhalt hinzugesellt hat, bieten diese nur eine einfache entzündliche Veränderung der Rißflächen dar. An den Stellen, und zwar sowohl im Halse, wie namentlich oben links im Körper, welche Gangrän aufweisen, ist als deren Ursache m. E. die Einpressung von Spritzeninhalt in die Gewebsmaschen anzusehen: eine Infiltration, die an einer — nach außen sich verjüngenden — Stelle sogar die äußeren Schichten der Serosa erreicht hat.

In meinem Vortrage im Jahre 1885 habe ich eine analoge Cervixläsion schon demonstrieren können. Ich habe sie auch in dem zweiten Teile meines großen, chromolithographierten Atlas (Tafel XI, Fig. 4) abgebildet; aber ich habe ihr, wie ich jetzt annehme, eine falsche Deutung gegeben, indem ich sie auf eine

zirkulär wirkende einfache Quetschung bezog. Haberda erwähnt in Schmidtmanns Handbuch übrigens eine gleiche Beobachtung, ohne über ihre Genese sich des Genaueren zu verbreiten.

Der vierte Fall (Projektion XI) zeigt wieder ein etwas anderes Aussehen. Es handelt sich hier um eine Person, die 30 Jahre alt, zum zweiten Male geschwängert, sich eines Tages selbst, nachdem sie sich eine ihrer usuellen Lysolspülungen der Vagina appliziert hatte, „ein gebogenes katheterförmiges Instrument", wie es in der Krankengeschichte heißt, „zwecks Abtreibung eingeführt hat"; zuvor waren schon Gänseblut und „Menstruationstropfen" behufs Provokation des Aborts genommen worden. Nach einer Stunde will sie dann Schmerzen im Unterleib gefühlt haben, darauf Wehen, Brechreiz: Erscheinungen, die sich allmählich so verstärkten, daß sie — am zweiten Tage nach der „Katheter"-Einführung — in die Anstalt kam. Man fand erhöhte Temperatur und 120 sehr kleine Pulse, außerordentliche Schmerzempfindlichkeit des Bauches, aber noch guten Kräftezustand. Es wurde der Uterus exstirpiert; die Person ist nach einiger Zeit geheilt entlassen worden.

Hier sehen Sie (Fig. 6 der Tafel) den Uterus; Cervix, Vagina und äußere Geschlechtsteile sind intakt gewesen. Oberhalb des Os uteri internum beginnen Zerreißungen, die zum Teil innerhalb von noch erhaltenen, trüben, blassen, dünnen Resten der Schleimhaut liegen. Zum größten Teil sitzen sie in frei vorliegender Muskulatur, deren Balken, wie durch Sprengung von den Lymphräumen aus, auseinandergerissen und disloziert erscheinen.

Wie die Schnittfläche der Corpuswand links besonders gut erkennen läßt, sitzen dicht an der äußeren Grenze der Auffaserung der — nekrotischen — Muskelabschnitte Reihen strich- und punktförmiger Blutungen.

Wie in dem vorigen Falle, erstreckt sich hier die Abtötung partiell bis in die Serosa, gleichfalls allmählich an Umfang abnehmend. Dies gibt Fig. 7 der Tafel (Projektion XII) wieder, aus der auch erhellt, daß ein Teil der abgestorbenen Serosa ebenfalls, wie im vorigen Falle, bereits abgängig geworden ist, daß in deren Peripherie gleichfalls demarkierende, z. T. haemorrhagische Vorgänge eingesetzt haben. (Die von dem linken Rande der Gangrän nach der Cervix zugehende Linie rührt von einem erst nach der Exstirpation des Organs angelegten Schnitt her.)

Es kann m. E. keinem Zweifel unterliegen, daß das „katheterförmige" Instrument zur Ausführung einer Uteruseinspritzung gedient hat, durch die wiederum eine partielle Infiltration der Schleimhaut und der inneren Muskelschichten — im Bereich etwa der oberen Partien des Gebärmutterkörpers — bewirkt worden ist; anders kann ich mir die Genese dieser so markanten Läsion nicht erklären. Daß eine Einstich- oder Rißwunde an der Uterusinnenfläche jetzt nicht mehr zu konstatieren ist, kann als Gegengrund wohl nicht angeführt werden; sind doch nur überhaupt minimale Reste überdies der tieferen Schleimhautschichten und dazu auch nur partiell im Gebiet der Läsion erhalten, so daß nichts dagegen spricht, die supponierte Zusammenhangstrennung habe in den abgestoßenen Partien ihren Sitz gehabt. Ueber die Natur der in den Uterus eingespritzten Flüssigkeit ist nichts bekannt geworden; falls es sich um eine Lysollösung gehandelt haben sollte, wäre die Differenz der Erscheinungen gegen-

über denen in den beiden vorigen Fällen — hier Nekrose, dort Gangrän — nicht ganz unverständlich. Ich will übrigens nicht unerwähnt lassen, daß das Peritoneum hier ganz frei von sonstigen frischen Veränderungen war.

Die folgenden drei Fälle betreffen ärztliche, geburtshilfliche Kunstfehler, die um so bedauerlicher sind, als sie nicht einmal durch eine einwandfreie Indikation gedeckt werden können.

Der erste dieser Fälle — Projektion XIII — betrifft die 23jährige Frau eines Schutzmanns, bei der in den ersten Wochen der dritten Schwangerschaft geringfügige Blutungen aufgetreten waren, und die erst auf wiederholtes Zureden ihres Mannes zum Hausarzt zu gehen sich entschließen konnte. Dieser erweiterte sofort — in der Sprechstunde — den Gebärmutterhalskanal, räumte den Uterus aus und tamponierte dann. Zwei Tage darauf wurde die Frau sterbend in die Anstalt geliefert; der Tod trat alsbald ein.

Die Sektion ergab: Peritonitis totalis sero-fibrino-purulenta, ausgehend vom Uterus, der tiefe, mehr rundliche Zerreißungen der Cervix sowie oberflächliche und mehr streifenförmige des Corpus aufwies. Links im Cervix reichte die Trennung bis nahe an die Außenschicht; die gequetschten und zerrissenen Schichten waren hier zum größten Teile nekrotisch, blaß, trübe-gelblich; die Parametrien wiesen oedematös-purulente Zustände auf.

In dem nächsten Falle gelang es der Kunst der Anstaltsärzte, das Leben der Geschädigten zu retten, trotzdem ihre Behandlung durch den ersten Arzt eine noch gewaltsamere gewesen war. Er betraf eine im 5. Monat Schwangere, die ebenfalls wegen mäßiger Blutung einen Arzt konsultierte. Dieser ging wiederum sofort — der äußere Muttermund war noch geschlossen gewesen — in den Uterus ein, zerstückelte den Fötus, um ihn bequem herausnehmen zu können, perforierte die Gebärmutter und manupulierte dann weiter, bis er ein $2^1/_2$ m langes Stück Dünndarm vom Gekröse abgerissen und zum Teil vor die Schneide geführt hatte. Nunmehr schleuniger Transport ins Krankenhaus. In diesem gelang es den Aerzten die Blutung zu stillen, den Uterus zu nähen, das verletzte Darmstück zu resezieren, die Anastomose der Darmenden zu bewirken etc. etc., so daß die Frau nach weniger als zwei Wochen in ihre Familie zurückkehren konnte.

Hier sehen Sie — Projektion XIV und XV — den zerstückelten Fötus und die 250 cm des vom Mesenterium abgerissenen und resezierten Darms.

Der folgende Fall liegt noch bedenklicher: denn der Arzt, der das Unheil anrichtete, hätte durch das Vorgehen eines Kollegen, der die Frau an dem Vormittage untersucht hatte, sich in seiner Tätigkeit einschränken lassen müssen.

Die 25jährige Multipara, im 5. Monat schwanger, erschien am Vormittage des 16. Februar in der Poliklinik; man fand eine mäßige Uterusblutung bei geschlossenem Muttermund und riet zur Aufahme in das Krankenhaus. Am Nachmittage befragte die Frau den Hausarzt; dieser griff sofort ein und zwar mit dem Erfolge, daß er durch den Versuch der digitalen Uterusausräumung und durch die Einführung einer Kornzange, um ein „wie ein Myom“ sich

präsentierendes rundliches Gebilde zu entfernen, die Gebärmutter bis auf eine Brücke von 2 cm von der Scheide abriß. Eine kolossale Blutung wurde so ausgelöst: der Arzt ging wiederum mit der Hand ein und zog nun einen Darmteil hervor. Die Inspektion schien ihm aber noch nicht die völlige Sicherheit dieser Diagnose zu gewährleisten, er schnitt das Gebilde zweimal ein und kam nun richtig in einen Hohlraum, der kotigen Inhalt aufwies. Jetzt erklärte er sich am Ende seiner Leistungsfähigkeit. Im Krankenhaus kam die Frau völlig ausgeblutet an; sie starb trotz vorgenommener schleuniger Blutstillung nach Laparatomie etc. 16 Stunden nach den Eingriffen des Hausarztes.

Projektion XVI zeigt den von den Hospitalärzten entfernten Uterus mit zahlreichen unregelmäßigen Rißwunden in seinen verschiedenen Abschnitten sowie das resezierte 10 cm lange Stück des S. Romanum und Teile des zerstückelten Fötus, die in der Bauchhöhle vorgefunden worden waren.

Ich will diese Reihe meiner Demonstrationen mit einer Uterusperforation durch die Currette schließen, die bei puerperaler Sepsis in Anwendung gezogen war. — Projektion XVII.

Die Perforation, etwas oberhalb des inneren Muttermundes, war sofort nach ihrer Entstehung vermutet worden; man hatte daher von jedem weiteren Vorgehen Abstand genommen. Eine wesentliche Verschlimmerung in dem Befinden des schon zuvor fast aussichtslosen Falles trat nicht ein; die Sepsis nahm ihren — tödlichen — Verlauf. Wäre der Fall zur gerichtlichen Kognition gelangt, so würde er über das Studium der Voruntersuchung nicht hinausgekommen sein; denn ein nachweisbarer Schaden war ja der Kranken durch die Verletzung nicht erwachsen; eine Verletzung, wie sie zudem ja so manchem, selbst dem erfahrensten Geburtshelfer passiert ist.

Ich habe ja gerade diesen Fall von Uterus-Perforation durch Currette aus meiner Sammlung derartiger Läsionen gewählt, weil er neben jener noch die streifenförmigen Deziduadefekte durch das Instrument, mehrfach Druckgeschwüre durch den lange im Becken-Eingang stehenden Kindskopf und endlich lineare Zerreißungen durch die Zange aufweist, die zu der schließlich nötigen Beschleunigung der Entbindung in Anwendung gezogen war.

Ich wende mich jetzt zur Demonstration einiger Lumière-Platten. Zunächst möchte ich mir gestatten, Ihnen, sehr geehrte Herren Kollegen, die Sublimatätzung der Scheide zu zeigen, von der ich bereits gesprochen habe (Projektion XVIII). Sie sehen hier den noch ganz festen, grünlichweißlich schimmernden Aetzschorf, in den die Scheidenschleimhaut verwandelt worden ist, und an seiner scharf hervortretenden Grenze eine schmale Zone eitriger Demarkation. Der Exitus wurde, wie ich nicht unerwähnt lassen will, durch Quecksilber-Vergiftung herbeigeführt.

Wir hatten im vorigen Jahre Gelegenheit, zwei akute Ammoniakvergiftungen beim Menschen zu beobachten. Die etwa 48 Stunden p. m. ausgeführten Sektionen ließen die ursprünglichen Veränderungen nicht mehr erkennen; sie wiesen nur noch durch den Ueberschuß des Giftes in dem Verdauungskanal hervorgerufene Veränderungen postmortaler Natur auf. Hier — Projektion XIX — eine Lumière-Aufnahme eines Hundemagens, 20 Minuten nach dem Tode, der nach etwa $^1/_4$ stündiger Einwirkung einer 10proz. Ammoniaklösung, per Oesophagum einverleibt, durch Chloroformeinatmung bewirkt worden war. Trotz des kurzen postmortalen Verweilens des Ammoniaks im

Magen weist nur die stark kontrahiert gewesene Portio pylorica unveränderte Blutungen, kapillare Hyperämie und frische Schwellung auf. Die übrigen Magenabschnitte zeigen bereits die quellende Wirkung des Ammoniaks, der Blutfarbstoff ist hier in eine schmutzige, ins bräunliche spielende Modifikation übergegangen, distinkte Blutungen sind nicht mehr festzustellen.

Das nächste Bild bringt — Projektion XX — einen in gleicher Weise behandelten Hund. Die Lumière-Aufnahme hat aber erst 24 Stunden p. m. stattgefunden. Sie sehen, die Veränderungen sind hier schon so weit vorgeschritten, daß man sich aus der Betrachtung der stark gequollenen, durchscheinenden und meist direkt schwärzlich verfärbten Schleimhaut eine Vorstellung von dem ursprünglichen Bilde nicht mehr machen kann.

In Bezug auf ihre Farbe ganz gut konservierte Halsorgane eines der durch Ammoniakvergiftung verstorbenen Männer — Projektion XXI — weisen eine durch ihren gelbbräunlichen Ton von dem Gewöhnlichen abweichende imbibitorische Verfärbung auf; die Quellung ist jetzt nur noch andeutungsweise, zumal in der Umgebung des Kehlkopfeinganges, zu erkennen. Von einer Diagnose aus diesen Veränderungen allein — der Magen zeigte ein ähnliches Verhalten — konnte natürlich keine Rede sein. Die Teile boten jedoch einen ausgesprochenen Ammoniakgeruch dar; ein darüber gehaltener, mit Salzsäure befeuchteter Stab ließ zudem weiße Nebel aufsteigen.

Ich habe geglaubt, Ihnen, meine Herren, noch einen Fall von Cyankaliumvergiftung — Projektion XXII — vorführen zu dürfen, der 24 Stunden nach dem Tode des Hundes mit einer Lumièreplatte aufgenommen worden ist. Die ursprünglich kapillare Rötung ist noch bis zu einem gewissen Grade erhalten, außerdem weist er Veränderungen ähnlich denen des Ammoniakmagens auf, und läßt ferner deutlich an der hinteren Magenwand, im Fundus, erkennen, daß Aetzungen erzeugt worden sind. Diese Abschnitte sind ausgezeichnet durch eine ausgesprochene und auch jetzt noch gut zu erkennende Trübung; sie besitzen eine hellbräunliche Verfärbung, setzen sich fast scharf von der Nachbarschaft ab und boten ursprünglich auch eine erhöhtere Konsistenz, als normale Schleimhautteile dar. Wie bekannt, wird das Vorkommen solcher Aetzungen bei Cyankaliumvergiftung — in baculis — von vielen Autoren noch immer bestritten.

Nach einer Demonstration von 10 Aufnahmen als Beispiel für die Fixierung nicht nur der körperlichen Läsionen, sondern auch der übrigen wesentlichen Verhältnisse des Tatortes — Projektion XXIII—XXXIII —, betreffend einen Raubmord, begangen von einem 34jährigen Weibe an einem 73jährigen Manne durch Erdrosselung nach Blendung mittelst Salzsäure, schloß der Vortragende mit der Projektion des Bildes eines Selbstmordes durch Erhängen, der durch eine Blutung aus dem rechten Gehörgange sowie durch das ganz scharfe Aufhören einer intensiven Stauungshyperämie mit multiplen

punktförmigen Blutungen der Gesichts- und der Hals-Haut an dem oberen Rande der Strangmarke ausgezeichnet war: eine für die intravitale Entstehung der Strangulation signifikante Hautveränderung, die der Vortragende nur dieses eine Mal gesehen hat.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Wünscht jemand das Wort zu den hochinteressanten Ausführungen des Herrn Vortragenden zu nehmen? Es ist nicht der Fall. Ich darf dann wohl im Namen des Vereins dem Herrn Vortragenden unseren verbindlichsten Dank aussprechen. Wir kommen nunmehr zu dem letzten Gegenstande der heutigen Tagesordnung.

V. Moderne Prostituierten-Untersuchung. Vorschläge zur Hygiene im polizeiärztlichen Untersuchungszimmer.

Mit Demonstrationen.

H. Polizeiarzt Dr. **Dreuw**-Berlin. M. H.! Auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung zu Dresden 1911 hatte das Königl. Polizeipräsidium in Berlin eine Ausstellung veranstaltet, die den Titel trug: „Projekt einer Mustereinrichtung für die polizeiärztliche Untersuchung, ausgestellt vom Königl. Polizeipräsidium Berlin nach Angaben von Polizeiarzt Dr. Dreuw-Berlin“, um die so wichtige Frage der technischen Maßnahmen bei der Prostituierten-Untersuchung zur Diskussion zu stellen. Nachdem nunmehr ein großer Teil der dort gemachten Vorschläge in die Praxis umgesetzt worden sind, möchte ich in folgendem auf dieses Projekt einer Mustereinrichtung zurückkommen und gleichzeitig anhand der inzwischen in Berlin eingeführten Neueinrichtungen zeigen, inwieweit sich diese in der Praxis bewährt haben.

Das Bild 1 gibt einen Ueberblick über das in Dresden ausgestellte Projekt, während die Abbildungen 2 und 3 einen Teil der seitdem in Berlin für 4 Untersuchungszimmer getroffenen Neueinrichtungen demonstrieren, die nach diesem Projekt gemacht sind.

Nach zwei Richtungen hin soll eine zweckentsprechende Einrichtnng die sittenpolizeiärztliche Untersuchung unterstützen:

1. Es soll mit Hilfe der modernen Untersuchungsmethoden der größtmöglichste Prozentsatz an ansteckenden Krankheiten eruiert werden.

2. Die technischen Maßnahmen müssen so beschaffen sein, daß eine Uebertragung im Untersuchungszimmer weder auf den Arzt, noch auf das Wartepersonal, noch auf später zu Untersuchende stattfindet.

Antisepsis und Asepsis sollen im polizeiärztlichen Untersuchungszimmer eine größere Rolle spielen als in jedem anderen Raume, den Operationssaal vielleicht ausgenommen; denn die Möglichkeit der Uebertragung auf den Arzt und auf andere ist

nirgendwo so groß, als bei der Kontrolle der Prostituierten. Ist doch der Polizeiarzt bei jeder Besichtigung gezwungen, sowohl eine digitale Untersuchung zu machen, als auch durch Anwendung von Instrumenten, Beleuchtungsvorrichtungen, Platinösen usw. die Diagnose zu sichern. Anderseits fließt häufig bei profusem Ausfluß ein Teil des infektiösen Scheidensekrets direkt auf den Untersuchungsstuhl oder auf den Boden. Wenn die Platte des Untersuchungsstuhles auch mit Glas bedeckt ist, so ist diese doch ebenso wie der Boden unseren chemischen Desinfektionsmitteln, die erst längere Zeit einwirken müssen, ehe eine genügende Desinfektion stattgefunden hat, nicht ohne weiteres zugänglich. Fernhalten von Infektionsmaterial, d. h. Prophylaxe, ist daher wie in der Hygiene überhaupt, so auch hier der beste Schutz. Der Polizeiarzt ist gezwungen, mitten während der Untersuchung zur Platinöse zu greifen, um auf Gonokokken zu untersuchen, um ein Spirochätenpräparat oder ein Präparat des weichen Schankers (Streptobazillen) zu machen. Häufig muß er zum Zwecke der Skabiesdiagnose eine instrumentelle Exzision vornehmen; vielfach muß er mitten während der Untersuchung seine Eintragungen in das Gestellungsbuch machen. Bei allen diesen Manipulationen kann auf die Instrumente und Gebrauchsgegenstände infektiöses Material gelangen. Bei den häufigen Händewaschungen kommt der Arzt nicht umhin, mit den Händen, an denen das infektiöse Material sich befindet, den Wasserleitungshahn anzufassen; das Seifenstück, das er ergreift, wird natürlich ebenfalls mit infektiösen Keimen bedeckt, und in dem gewöhnlichen Seifenbehälter sammelt sich das mit infektiösen Keimen beladene Wasser an. Auf die Kleidung kann das infektiöse Sekret hingelangen und wiederum eine Infektionsmöglichkeit bilden. Die Kleider, namentlich der Untersuchungsmantel, berühren leicht bei der Untersuchung die vor dem Untersuchungstisch angebrachte Treppe oder den mit Infektionserregern bedeckten Boden. Während der Untersuchung der Mundhöhle mit dem Untersuchungsspatel wird manchmal infektiöses Material (Angina specifica, Diphtherie usw.) durch Husten oder durch Räuspern dem untersuchenden Arzt ins Gesicht gelangen. Die Stühle, Tische und Bänke werden hier und da mit Infektionsmaterial, wenn auch in winziger Menge, bedeckt. Der Boden ist häufig mit den Wattebäuschen, die die Prostituierten zum Aufsaugen des Sekrets in der Regel anwenden, und dem aus den Kleidern herrührenden Staub und Kleiderfasern wie besäet. Welcher Art die Infektionsmöglichkeiten auch sein mögen, nur eine zweckensprechende Einrichtung des Untersuchungszimmer und eine geeignete Prophylaxe kann mit einem sachverständigen Vorgehen des untersuchenden Arztes und des Wartepersonals vor Uebertragung auf den Arzt und das Wartepersonal und auf andere Personen schützen. Bei der Anschaffung des Instrumentariums ist der Grundsatz zu berücksichtigen, daß alle modernen Hilfsapparate zur Stellung der Diagnose vorhanden sein müssen. Der Polizeiarzt darf

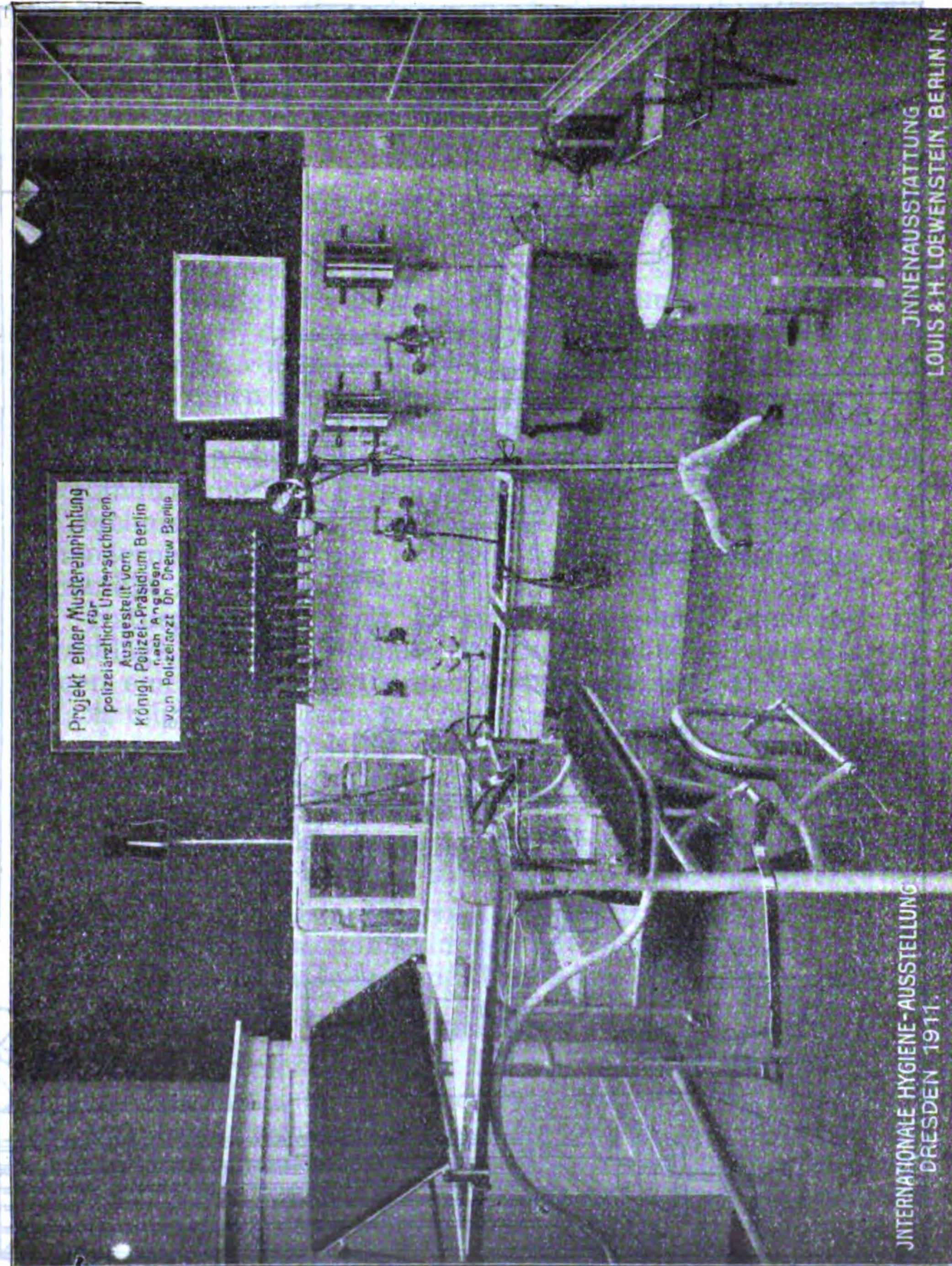
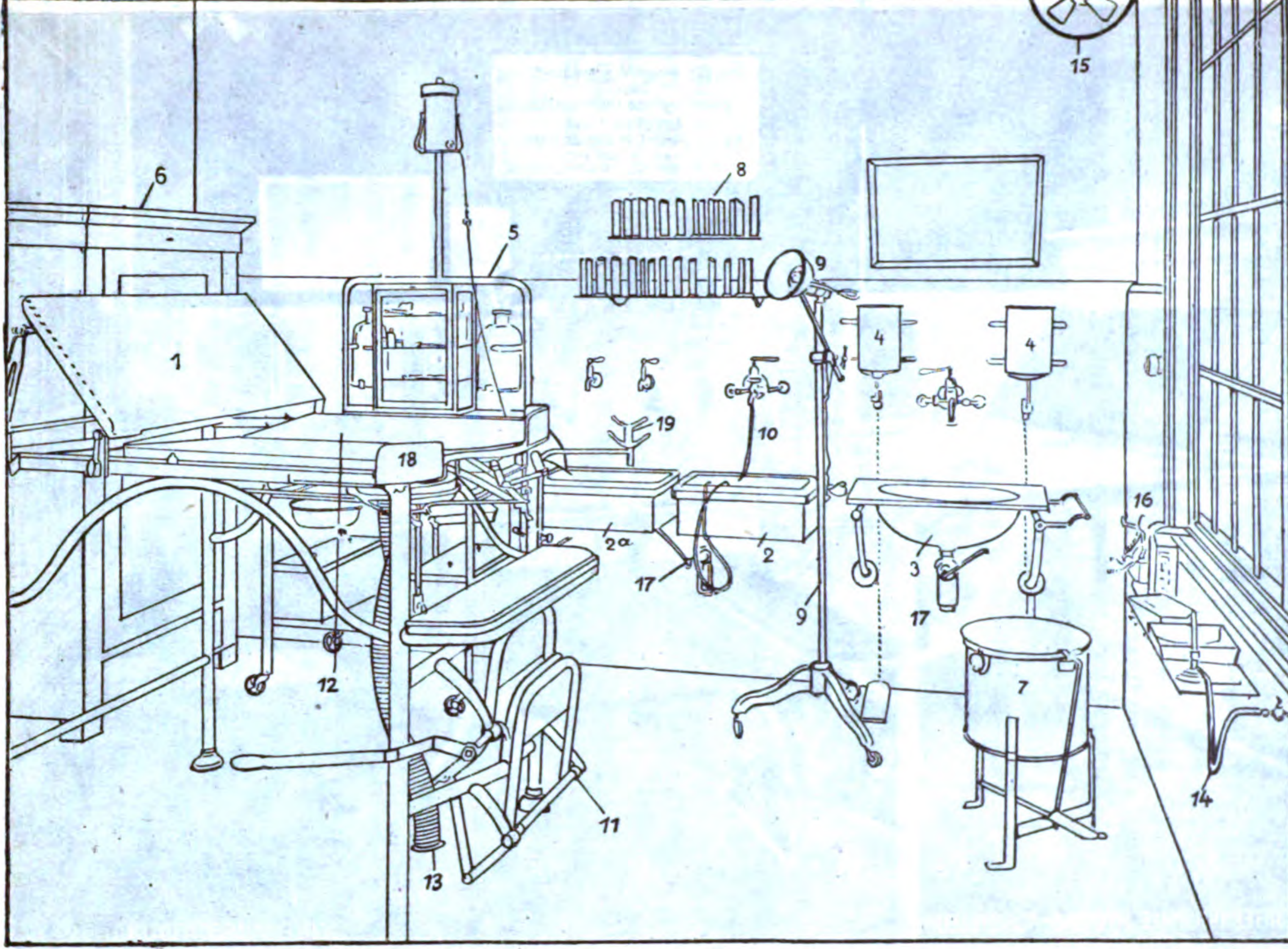


Abbildung 1.

nicht einseitig Hautarzt sein, sondern sollte auch auf innere Erkrankungen, z. B. syphilitische Herz-, Leber-, Hirn- und Rückenmarksleiden sein Augenmerk richten.

Wie muß nun eine derartige Einrichtung zur Untersuchung der Prostituierten beschaffen sein, um einerseits die Diagnose zu sichern und andererseits die Uebertragungsmöglichkeiten auf ein Minimum herabzusetzen?

Die Ausstellung des Königl. Polizeipräsidiums, die im großen und ganzen nach der unten folgenden Beschreibung ein-



Erläuterung zu Abbildung 1.

1. Untersuchungsstuhl.
2. Spülbecken für gebrauchte genitale Instrumente.
2a. Spülbecken für gebrauchte extragenitale Instrumente.
3. Aseptische Waschanlage.
4. Automaten für Seife und Speculasalbe.
5. Instrumententisch mit Irrigatorständer.
6. Garderobenschrank für den Arzt.
7. Eimer für Abfälle mit Flußbetätigung.
8. Wandkonsole mit Specula.
9. Fahrbare Stativlampe.
10. Schlauch zum Apparat für Vaginalspülung (siehe auch Abbildung 8).
11. Zurückklappbarer Tritt am Untersuchungsstuhl.
12. Glasrinne
13. Abflußschlauch.
14. Bunsenbrenner.
15. Ventilator.
16. Rheostat für Beleuchtung.
17. Kniehebel - Abflußgarnitur am Waschbecken.
18. Fußstützen am Untersuchungsstuhl.
19. Armstützen für den Arzt am Untersuchungsstuhl.

gerichtet war, und die sich an die in Berlin vorhandenen oder projektierten Einrichtungen anschloß, umfaßte 3 Räume: 1 Untersuchungszimmer, 1 Mikroskopierraum und 1 Zentralsterilisierraum. Die vollständige Innenausstattung dieser drei Musterräume hatte die Firma Louis & H. Loewenstein, Berlin, nach meinen Angaben ausgeführt.

Es dürfte zweckentsprechend sein, gerade auf einer internationalen Hygieneaustellung einen Teil der umfassenden technischen Maßnahmen zu zeigen, die geeignet sind, um einem der wichtigsten Zweige der Hygiene, der Verhütung der Geschlechtskrankheiten, zu dienen. Anderseits dürfte der Einblick eines weiteren Kreises in diese Verhältnisse mit dazu beitragen, um wenigstens einen Teil der Vorurteile zu beseitigen, die das Publikum mit der Prostituiertenuntersuchung nun einmal verbindet. Die in der Austellung niedergelegten Vorschläge über die Handhabung der Sittenpolizei zeigten in Verbindung mit den technischen Einrichtungen, daß die Zwangsuntersuchung in moderner Auffassung mit größtmöglichster Schonung und Humanität ausgeführt wird.

Naturgemäß handelt es sich im folgenden zunächst um Vorschläge, die den Verhältnissen von Berlin und den Einrichtungen einer Großstadt überhaupt angepaßt sind, aber trotzdem mutatis mutandis allgemeine Gültigkeit haben. Denn im großen und ganzen lassen sich für die polizeiärztlichen Untersuchungsräume gewisse Grundsätze aufstellen, die für größere Städte generell in Betracht kommen.

Drei Räume sind zum mindesten erforderlich für eine zweckentsprechende Untersuchung bei einem größeren Betriebe:

A. Der Zentralsterilisierraum für Instrumente.
B. Das Untersuchungszimmer mit Warteraum.
C. Das Laboratorium und Mikroskopierzimmer.

Zu A: Sterilisierraum.

Wenn irgendwo, so gilt beim Polizeiarzt der allgemein ärztliche Grundsatz des „Nil nocere“. Unter keinen Umständen darf eine Uebertragung auf das Hilfspersonal, den Arzt oder auf dritte Personen erfolgen. Daher ist auf eine zweckentsprechende Sterilisation der einzelnen Instrumente bei jeder Prostituiertenuntersuchung das Hauptaugenmerk zu richten.

Bei den Untersuchungen der Prostituierten ist es nicht zweckmäßig, diese Sterilisierung im Untersuchungszimmer vorzunehmen, da, abgesehen von dem Zeitverlust, eine große Menge von Nachteilen entstehen, die bei einer Zentralsterilisierungsanlage ohne weiteres wegfallen. Die Luft wird völlig mit Wasserdampf während der ganzen Untersuchungszeit gesättigt, was namentlich im Sommer sich unangenehm bemerkbar macht. Die Hitze im Sommer wird durch die Kochapparate unerträglich; auch im Winter ist der Arzt und das Wartepersonal bei dem unbedingt erforderlichen Lüften des Fensters in dem mit Wasserdampf gefüllten Raume Erkältungen

leicht ausgesetzt; kurzum eine Zentralisierung der Sterilisierung ist bei einem großen Betrieb auf die Dauer unentbehrlich.

Folgende Gesichtspunkte sind nun für eine derartige Einrichtung in Betracht zu ziehen:

1. Die zahlreichen Instrumente (in Berlin kommen etwa 500 Specula und 500 Mundspatel und die entsprechenden Nebeninstrumente in Betracht) sollen für jede Untersuchung immer

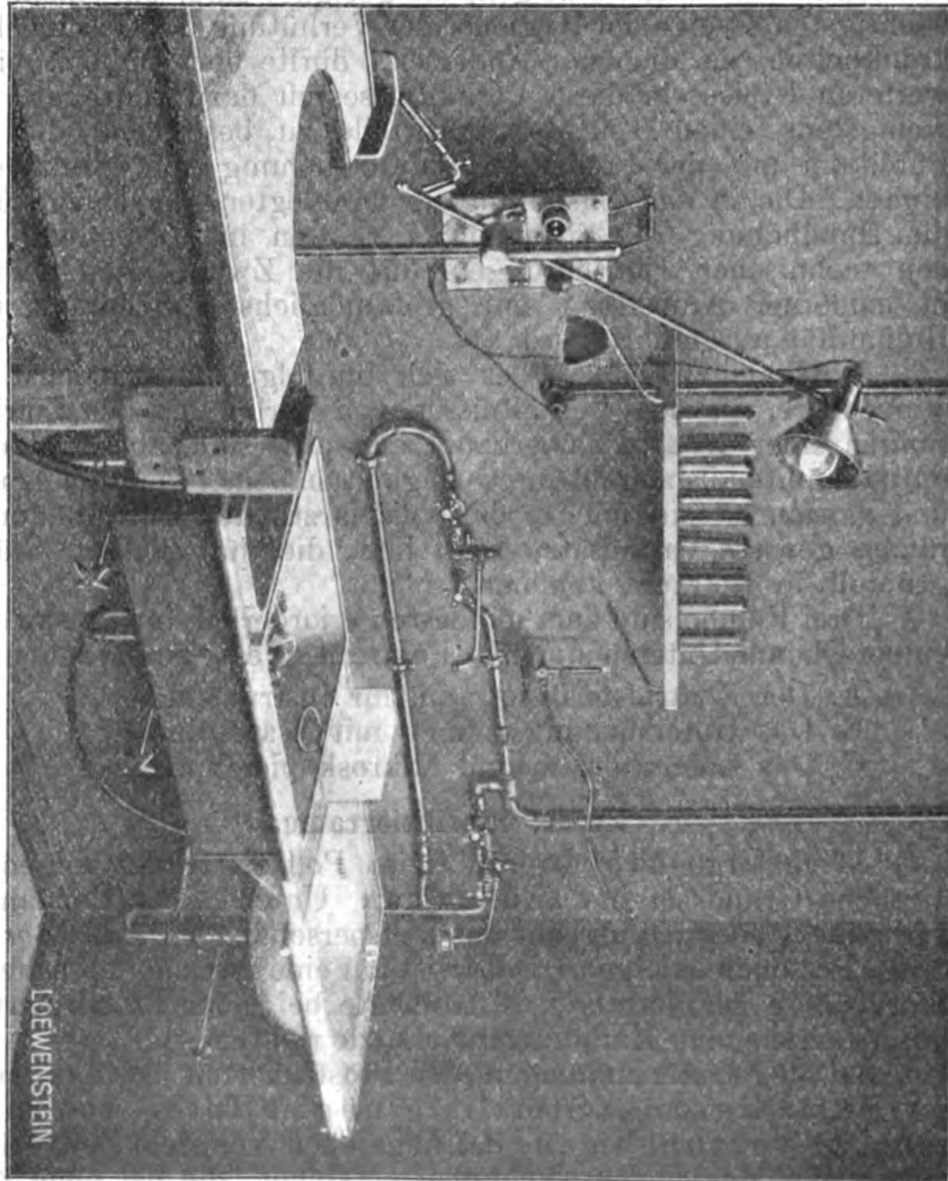


Abbildung 2.

Teilansicht der Neueinrichtung eines Untersuchungszimmers für Prostituierte im Königl. Polizeipräsidium, Berlin.
(Vergleiche Abbildung 1 — gleiche Numerierung.)

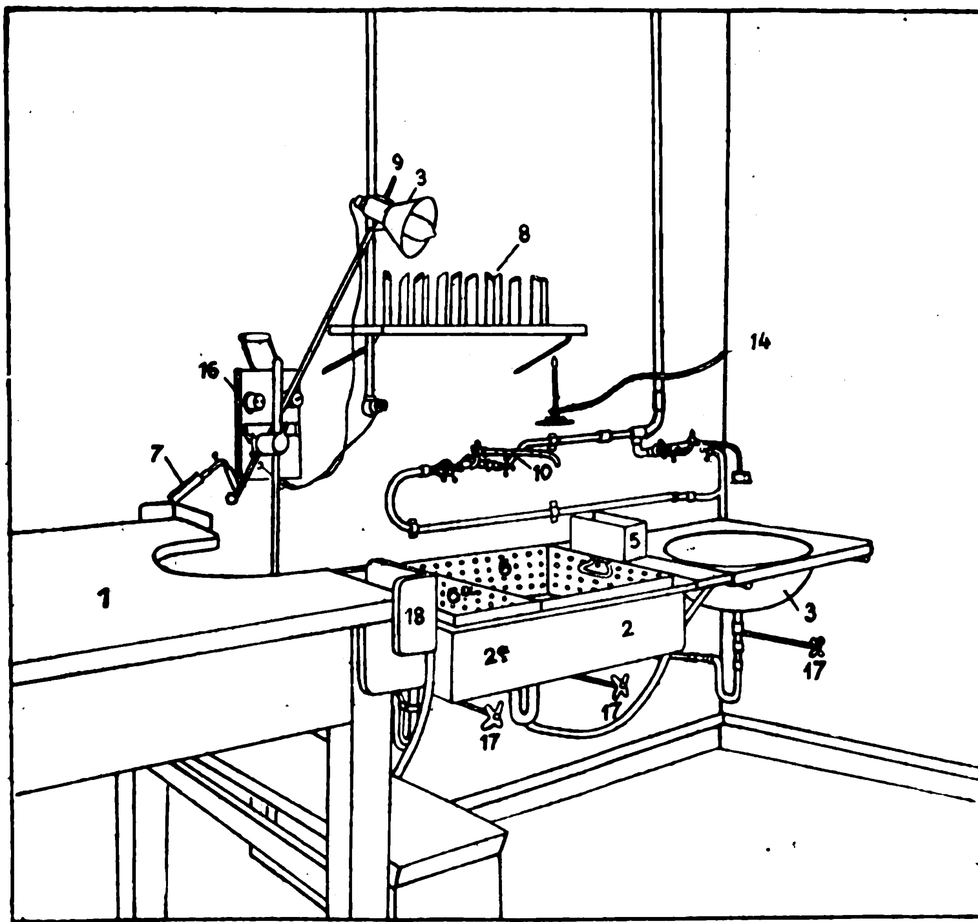
steril zur Hand sein, so daß eine Uebertragung durch die Instrumente mit virulenten Gonokokken, Streptobazillen, Spirochäten und anderen Infektionserregern unmöglich ist.

2. Die sterilisierten und trockenen Instrumente müssen neben dem Untersuchungsstuhl vom Standplatz des Arztes aus ohne weiteres zu ergreifen sein (Fig. 1 und 2, Nr. 5 und 8).

3. Jedes gebrauchte Instrument soll sofort nach dem Gebrauch vom Platze aus in einen direkt neben dem Untersuchungsstuhl stehenden, mit desinfizierender Flüssigkeit gefüllten und mit der Kanalisation direkt in Verbindung stehenden Behälter gebracht werden können (Fig. 1 und 2, Nr. 2 und Nr. 2a).

4. Die Sterilisierung und weitere Behandlung der vom Arzte in diesen Behälter gebrachten Instrumente geschieht durch das Wartepersonal.

5. Für die genital und extragenital zu gebrauchenden Instrumente müssen getrennte, mit Desinfektionsflüssigkeit gefüllte Behälter mit Einsatzsieben (Fig. 2, Nr. 6 und Nr. 6a) und je ein besonderer Sterilisator (Fig. 3., Nr. 1 und Nr. 2) vorhanden sein.



Erläuterung zu Abbildung 2.

1. Untersuchungsstuhl.
2. Spülbecken für gebrauchte genitale Instrumente.
2a. Spülbecken für gebrauchte extragenitale Instrumente.
3. Aseptische Waschanlage.
5. Instrumententisch mit Behälter für Mundspatel.
7. Handlampe.
8. Wandkonsole mit Specula.
9. Fahrbare Stativlampe.
10. Schlauch zum Apparat für Vaginalspülung (s. auch Abb. 8 u. 8a).
14. Bunsenbrenner.
15. Ventilator (nicht gezeichnet).
16. Rheostat für Beleuchtung.
17. Handhebel-Abflußgarnitur am Waschbecken.
18. Fußstützen am Untersuchungsstuhl.

Da in Berlin praeter propter pro Tag von jedem der 8 untersuchenden Aerzte 60 Puellen untersucht werden, so sind sowohl die Specula als auch die Mundspatel in einer Anzahl von mindesten 480 Stück vorrätig zu halten, d. h. etwa 60 Untersuchungen sind in minimo pro Arzt gerechnet. Die Specula, die rechts vom Untersuchungsstuhl auf einer besonderen Etagère (siehe Abbildung 2) in sterilem Zustande stehen, werden sofort nach dem Gebrauch in einen mit desinfizierender Flüssigkeit gefüllten Fayence- oder Metallbehälter mit Einsatzsieben, der zur Rechten des untersuchenden Arztes angebracht ist, gelegt. (Fig. 1 und 2, Nr. 2 und Nr. 6). Der Arzt hat nunmehr auf die weitere Behandlung des Spekulums sein Augenmerk nicht mehr zu richten. Neben diesem Behälter befindet sich ein zweiter, der für die Mundspatel und sonstige extragenitale Instrumente bestimmt ist.

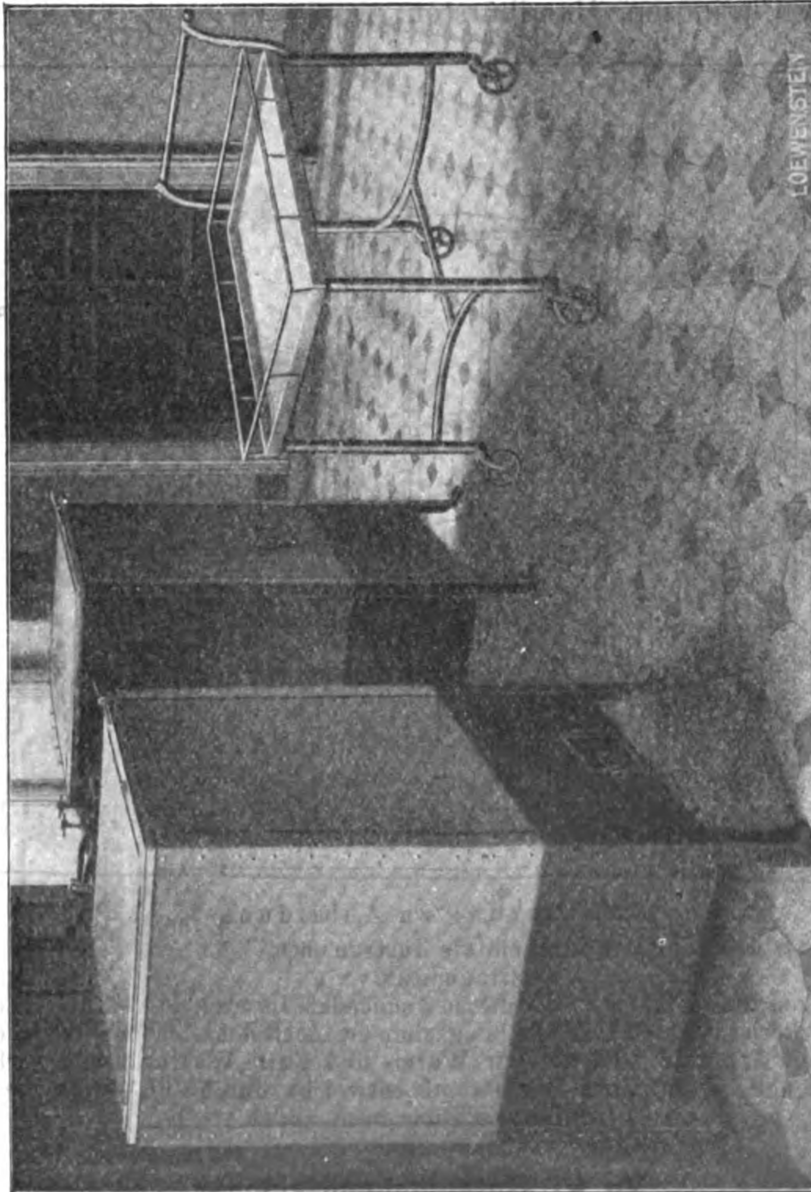
Unterhalb jedes Behälters ist ein Ventilabfluß mit Oeffnungshebel für Knie- oder Handbetätigung (Fig. 1 und 2, Nr. 17). Ueber den Becken befinden sich die Zuflußhähne für kaltes und warmes Wasser. So lange die Ventilhähne geschlossen sind, befindet sich in den Becken die desinfizierende Flüssigkeit. Der Vorgang der Sterilisierung durch das Wartepersonal geht folgendermaßen vor sich: Nach der Untersuchungsstunde werden von dem Wartepersonal in den verschiedenen Untersuchungszimmern (in Berlin existieren deren vier) die Abflußventile der Becken geöffnet (Fig. 1 und 2, Nr. 17), so daß die Desinfektionsflüssigkeit abfließen kann. Es findet dann von der Wasserleitung aus eine gründliche Spülung der Instrumente statt.

Nach Beendigung der Untersuchungen werden die Einsatzsiebe mit den oberflächlich gereinigten Instrumenten aus allen vier Zimmern in den Sterilisierraum gebracht, wo sich 2 Kochapparate (Abbildung 3) mit vierfacher Einteilung zur Aufnahme der je 4 genitalen und 4 extragenitalen Sterilisierkörbe (Fig. 3, Nr. 4) befinden. Die durch Gas heizbaren Apparate sind feststehend, für kleine Betriebe jedoch auf fahrbarem Untergestell montiert, so daß sie auch in die einzelnen Untersuchungszimmer zur Aufnahme der Einsatzsiebe gefahren werden können. Die Einsatzsiebe werden mittels eines Wagens (Abbildung 3) zu den Kochapparaten gefahren. In diesen werden die Instrumente eine viertel bis eine halbe Stunde gekocht, hiernach abgetrocknet und von der Wärterin wieder in den Untersuchungsraum gebracht, wo sie auf einem der Glas-Wandkonsole zur Rechten des Untersuchungsstuhles ohne weiteres erreichbar wiederum getrennt je nach genitalem oder extragenitalem Gebrauch aufgestellt werden (Fig. 2, Nr. 8 und Nr. 5).

Außer den beiden Kochapparaten befindet sich zweckmäßig im Sterilisierraum noch ein Dampfsterilisationsapparat (Abbildung 3; Zeitschrift für Urologie 1910 und Allgem. Mediz. Zentralztg. 1910 Nr. 27), der es gestattet, Watte, Verbandwatte, Gaze usw. durch strömenden Wasserdampf so zu sterilisieren, daß die Verbandstoffe völlig trocken nach der

Sterilisierung zum Vorschein kommen. Auch Katheter, Reagensgläser und andere Utensilien, die hier und da bei der Prostituiertenuntersuchung namentlich zur Urinbestimmung benuzt werden, können in diesem Apparat mit strömendem Wasserdampf sterilisiert werden, und sind wegen der trockenen Beschaffenheit monatelang steril zu halten. In dem Sterilisierraum ist ferner noch ein kleiner fahrbarer Instrumententisch (Ab-

Abbildung 3.



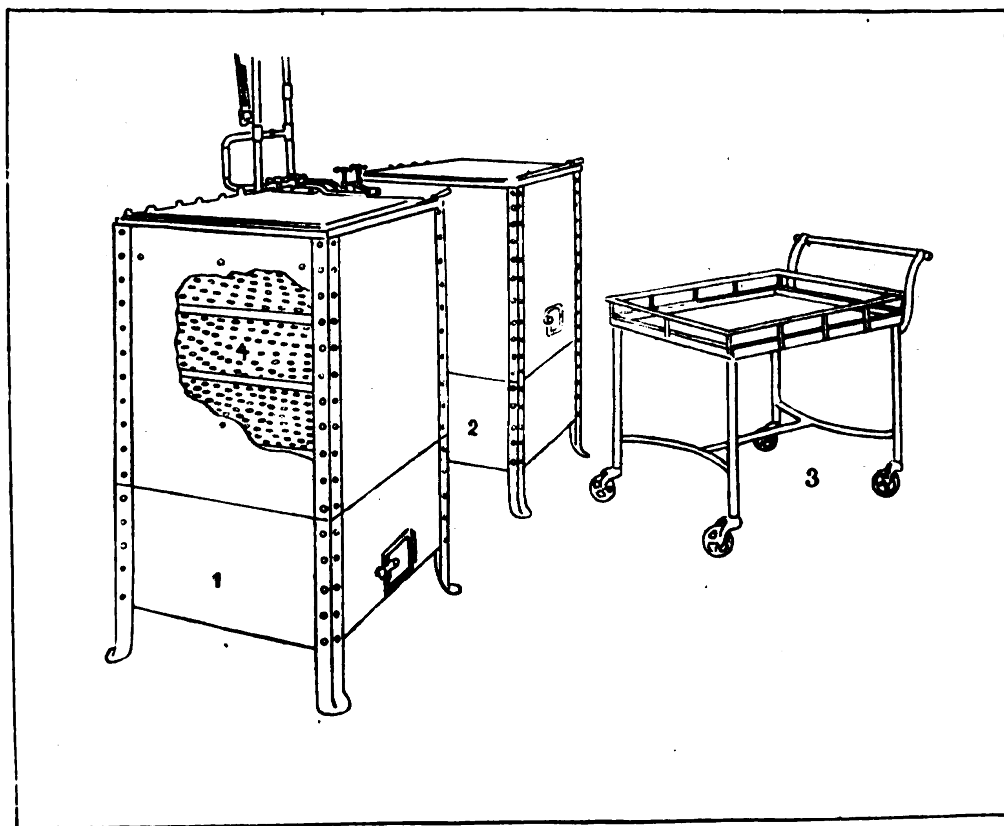
Zentral-Sterilisierraum im Königl. Polizeipräsidium, Berlin.

bildung 5) zum Auflegen der nach dem Auskochen durch das Wartepersonal zu reinigenden Instrumente.

Ferner ist noch ein Verbrennungsofen (Abbildung 6) aufgestellt, um den mit infektiösem Material beladenen Staub, der sich namentlich auf den Kleidern während des Ausziehens in besonders hohem Maße auf dem Boden ansammelt und um die Wattepfropfen, die die Puellen zur Aufsaugung des

Sekrets in der Regel mit sich bringen, direkt an Ort und Stelle zu verbrennen.

Im Untersuchungszimmer des Arztes sind noch zwei kleine Reservesterilisierapparate angebracht, für genitale und extragenitale Instrumente, die dann Verwendung finden, wenn der Zentralapparat versagen oder wenn während der Untersuchung sich die Notwendigkeit herausstellen sollte, einige schon gebrauchte Instrumente nochmals zu sterilisieren, namentlich Kornzangen, Platinösen, Handbürsten.



Erläuterung zu Abbildung 3.

1. Großer Kochapparat für genitale Instrumente.
2. „ „ „ extragenitale „
3. Wagen zum Transport der die zu kochenden Instrumente enthaltenden Einsatzkörbe von den Untersuchungszimmern nach dem Zentral-Sterilisierraum.

Die beiden Apparate sind mit der Warm- und Kalt-Wasserleitung verbunden. Als Heizquelle dient Gas; der Dampf entweicht durch ein durch die Mauer geführtes Rohr nach außen.

Zu B: Untersuchungszimmer.

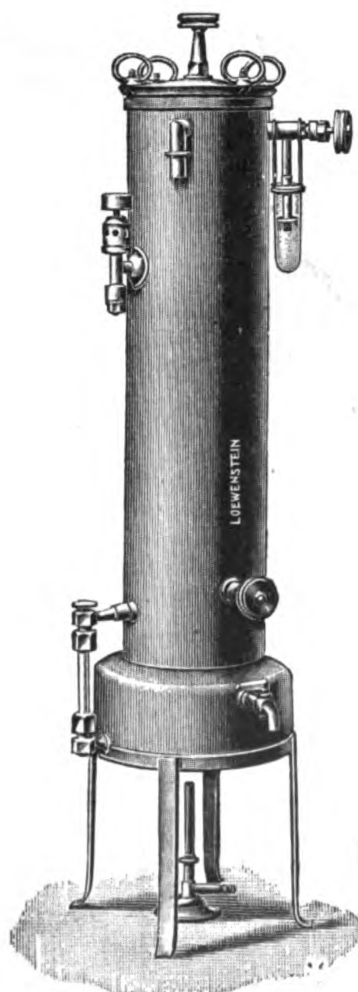
Im Untersuchungszimmer (siehe Abbildung 1 und 2) sind aufgestellt:

a) der Untersuchungstuhl (Fig. 1, Nr. 1) mit Glasplattenbelag (der ausgestellte Untersuchungstuhl war aus starkem Rohreisen hergestellt). Die Glasplatten haben in der Mitte eine durchgehende Rinne von etwa Handbreite (Fig. 1, Nr. 12). Diese Rinne ist deswegen so weit durchgehend angebracht,

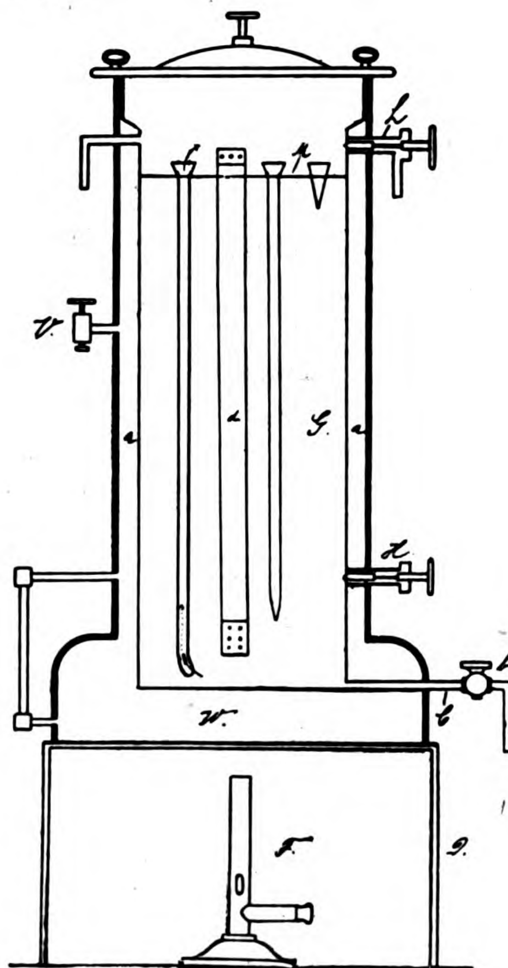
damit das Genitalsekret in jeder Lage der Puellen nicht auf den Untersuchungstisch oder auf den Boden gelangt, sondern durch die Rinne in ein unter dem Untersuchungstisch befindliches Gefäß fließt, das mit Wasser-Zufluß und -Abfluß (Fig 1, Nr. 13) versehen ist. Dieses Gefäß ist unter der Rinne verschiebbar.

Durch den Wasserzufluß und -Abfluß wird das aus der Vagina durch die Rinne in das Spülbecken fließende Vaginal-, Menstrual- und Rektalsekret sofort in die Kanalisation gespült.

Abbildung 4.



Außenansicht.



Durchschnitt.

Universal-Sterilisator für Trockensterilisierung von Verbandstoffen, Gläsern etc.

Vorn an der Glasplatte sind eiserne Vorsprünge angebracht (Fig. 1, Nr. 18), die dem Fuß eine gewisse Stütze geben. Die Treppe (Fig. 1, Nr. 11) zum Untersuchungsstuhl ist so angebracht, daß sie durch einen Hebel oder durch eine Bewegung des Fußes rückwärts geklappt wird. Dies ist deswegen zu empfehlen, damit erstens der untersuchende Arzt während der Untersuchung durch die Treppe nicht gehindert wird, zweitens damit die Spitze des Untersuchungsmantels nicht fortwährend

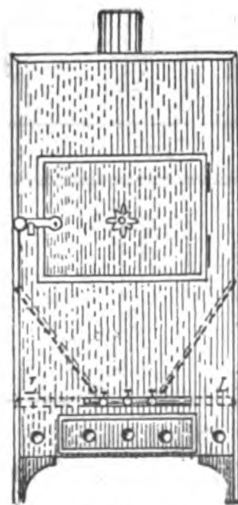
die häufig mit infektiösem Material behaftete Treppe berührt und dadurch eine indirekte Uebertragung bewirken kann. Ferner können noch zwei Armhalter (Fig. 1, Nr. 15) angebracht werden, zum Auflegen der Unterarme des Arztes während der Untersuchung.

Abbildung 5.



Kleiner fahrbarer Instrumententisch.

Abbildung 6.



Außenansicht.



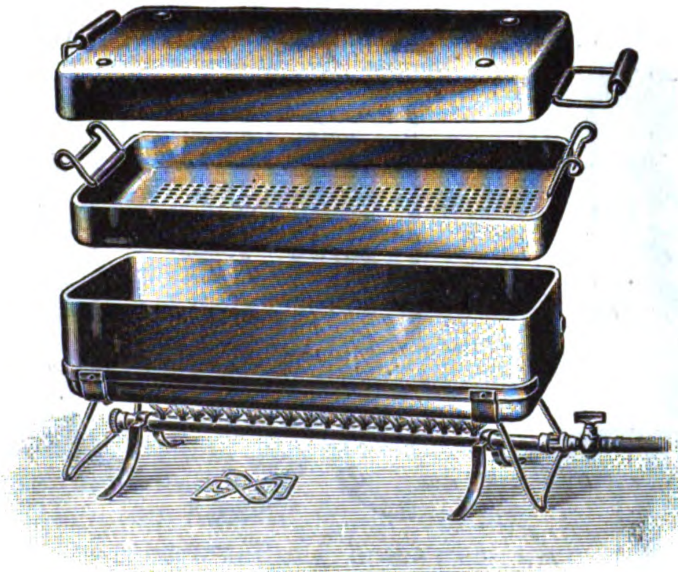
Durchschnitt.

Verbrennungsofen für Abfälle.

b) Rechts vom Untersuchungsstuhl, für den Arzt ohne weiteres erreichbar, ist die aseptische Waschvorrichtung angebracht und die schon erwähnten Metallbecken für die Aufnahme der gebrauchten Specula und ein kleiner Tisch zum Auflegen der Insrumente, namentlich der Mundspatel (Fig. 2, Nr. 5). Der Waschvorrichtung ist besonderer Wert beizumessen. Die

Betätigung der Zu- resp. Abflußhähne wird im Interesse der Asepsis zweckmäßig nicht direkt mit den Händen, sondern mit Ellenbogen oder Knie (siehe Bild 1) geregelt; denn bei der Untersuchung bleibt an der Hand des Arztes infektiöses Material sitzen. Dreht er nun mit der Hand den Hahn der Wasserleitung auf, so bringt er an denselben infektiöses Material heran. Bei dem jedesmaligen neuen Auf- und Zudrehen vor bezw. nach der Waschung, gelangt dieses Material wieder an die Hände des Arztes, so daß sozusagen ein circulus vitiosus entsteht. Diesem Uebelstande wird zweckmäßig durch einen Knie- oder Armhebel gesteuert. Ferner ist noch eine Mischbatterie für warmes und kaltes Wasser vorhanden (Fig. 1 und 2, Nr. 10), die es gestattet, das Wasser in jeder gewünschten

Abbildung 7.



Reserve-Sterilisator.

Temperatur und unter jedem gewünschten Druck ausfließen zu lassen. Diese Mischbatterie findet auch Verwendung, wenn es sich darum handelt, mit der von mir angegebenen Vaginalspülung (siehe Abbildung 8 und Fig. 1, Nr. 10) eine exakte Reinigung der Vagina zu bewirken, ohne daß das Vaginalsekret auf den Boden gelangt.

Die Scheidenspülung mit Hilfe des Irrigators und des Mutterrohres beruht auf dem Prinzip, daß das aus den Oeffnungen der Mutterspritze ausfließende Wasser aus der Seite des Rohres und den Wänden der Vagina entlang ausfließt, wobei die Sekrete neben dem Mutterrohr weggespült werden.

Die folgende Scheidenspülmethode, die dann zweckmäßig angewandt wird, wenn es sich darum handelt, ein von allem Scheidensekret befreites mikroskopisches Präparat der Zervix zu bekommen oder die durch Vaginalsekret verdeckten

kleinen Ulzerationen der Diagnose zugängig zu machen, beruht auf einem von dem obigen vollständig verschiedenen Prinzip, das darin besteht, daß das aus feinen Oeffnungen eines Rohres austretende Wasser die Vaginalwand trifft, die Sekrete dann durch Kanälchen in ein mittleres Sammelrohr mitführt, um dann nach außen hin abzufließen.

Figur 8 a zeigt einen Längsschnitt durch den Scheidenspüler. Er (Fig. 8) hat die Gestalt eines Spekulums; am Ende ist eine trichterförmige Querplatte angebracht, die den Introitus vaginae nach außen hin abschließt. Der Spüler ist doppelwandig und zwar ist die äußere Wand mit feinen Oeffnungen durchbohrt, während die innere mit der äußeren durch größere eingeschraubte Kanälchen verbunden ist. Diese münden in das mittlere Lumen, das über den Abfluß geht, der mit einem Schlauch in die Kanalisation oder in ein Spülbecken geleitet

Abbildung 8.

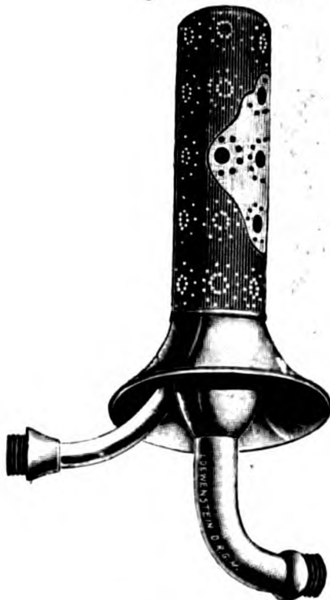


Abbildung 8a.

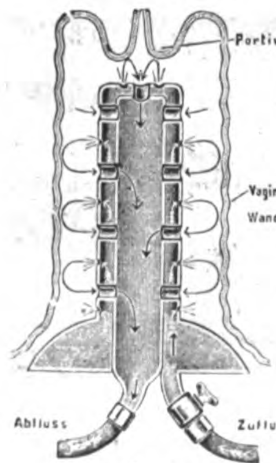


Fig. 1.

Abbildung 8b.

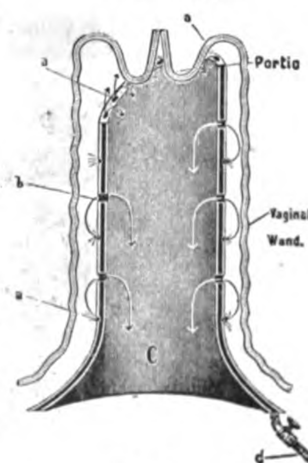


Fig. 2.

wird. Hat man das Instrument eingeführt und die Platte gegen den Introitus vaginae gedrückt, so öffnet man den Wasserleitungshahn. Das Wasser fließt dann durch den Schlauch in den Zufluß. Oeffne ich nun den den Zufluß verschließenden Hahn, so wird das Wasser gezwungen, in der Richtung der Pfeile durch die feinen Oeffnungen zu fließen. Er bespült die Scheidewand und fließt dann sofort durch die Kanälchen in das Lumen und von dort in den Abflußschlauch in der Pfeilrichtung zur Kanalisation oder in einen Eimer. Der Apparat wird am besten durch einen Schlauch mit einer Mischbatterie verbunden. Ist diese nicht vorhanden, so verwendet man zweckentsprechend einen Warmwasserapparat (Prof. Junkers), der eine genau regulierbare Temperatur gewährleistet. Aber auch das gewöhnliche Leitungswasser wird ohne größere Unannehmlichkeiten vertragen. Dieses neue Prinzip hat durch seine eigen-

artigen Wirkungen nicht nur gynäkologisches, sondern überhaupt allgemein hygienisches Interesse. Folgende Vorteile kommen in Frage:

1. Die Vaginalwand wird unter dem regulierbaren Wasserdruck vollständig gereinigt. Es bleibt auch nicht eine Spur der Sekrete zurück, da das abfließende Wasser neben der Spülwirkung eine intensive Heberwirkung ausübt.

2. Im Gegensatz zur Mutterrohrspülung gelangt auch nicht ein Tropfen der Spülflüssigkeit auf den Boden, auf den Untersuchungsstuhl oder auf die Kleidung etc., sondern die Spülflüssigkeit wird durch den Abflußschlauch direkt in die Kanalisation oder in einem bereitstehenden Eimer geleitet.

3. Krankheitsfälle können daher nicht übertragen werden.

4. Die Diagnose, namentlich von kleinen Geschwüren, Erosionen, Ulcus molle, syphilitischen Plaques, Psoriasis mucosae etc., die leicht vom Scheidensekret übertüncht werden, wird erleichtert.

5. Leichte Handhabung (lediglich Einführen und Aufdrehen der Wasserleitung). Statt der Wasserleitung kann auch ein hochstehender Irrigator verwandt werden, um mit der Spülung noch desinfizierend und adstringierend zu wirken (Holzessig, Lysol, Lysoform etc.).

Was dem Apparat vor allem bei der Prostituiertenuntersuchung seine Bedeutung verleiht, ist die Verbesserung der mikroskopischen und makroskopischen Diagnosensicherung; denn es ist klar, daß das dem Orificium externum anhaftende Vaginalsekret, durch das die Platinöse vorher hindurch muß, ehe sie in den Zervikanal eindringt, zunächst an der Platinöse hängen bleibt. Da nun das Vaginalsekret viele den Gonokokken ähnliche Kokken enthält, so muß selbstverständlich die Diagnosenstellung erschwert werden im Gegensatz zum Vorhandensein von reinem Zervikalsekret. Namentlich für die Prostituiertenuntersuchung eignet sich die Methode; denn die Irrigatorspülung bewährt sich meiner Meinung nach bei der Prostituiertenuntersuchung nicht, weil das mit infektiösen Keimen beladene Wasser neben dem Mutterrohr auf den Untersuchungsstuhl, auf den Boden und auf die Kleidung des Arztes spritzt. Anderseits ist wegen des geringen Druckes die Reinigung auch nicht im entferntesten so intensiv wie bei obigem Apparat. Auch das Abtupfen mit Watte bedingt nur ein Verwischen des Sekrets.

Zweifellos ist es bei starkem Fluor erforderlich, will man bei der mikroskopischen Untersuchung den höchsten Grad der Genauigkeit erreichen, vorher eine exakte Scheidendruckspülung zu machen, was bei entsprechender Einrichtung kaum einen Zeitverlust bedingt, da nach der Einführung des ausgekochten Apparates lediglich die Wasserleitung aufgedreht wird. Die Füllung des Irrigators, ein Aufziehen oder Anhängen, das Vorbeifließen des Wassers auf den Boden etc., alle diese

Uebelstände sind bei Gebrauch des obigen Apparates nicht vorhanden.

Der Apparat zur Spülung der Vagina wird (Fig, 1, Nr. 10) mittels eines Schlauches mit der Wasserleitung, die rechts vom untersuchenden Arzt sich befindet, verbunden.

Will man das von mir angegebene Spülsystem ohne Wasserleitungsausfluß anwenden, so dient hierzu die Fageko-Douche. (Fig. 8c und 8d.)

Abbildung 8c.

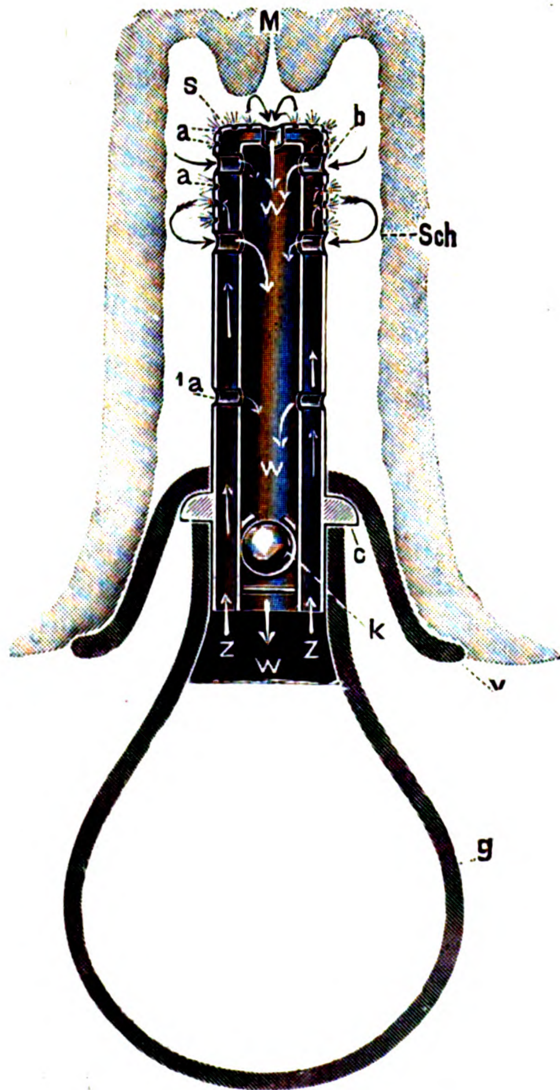
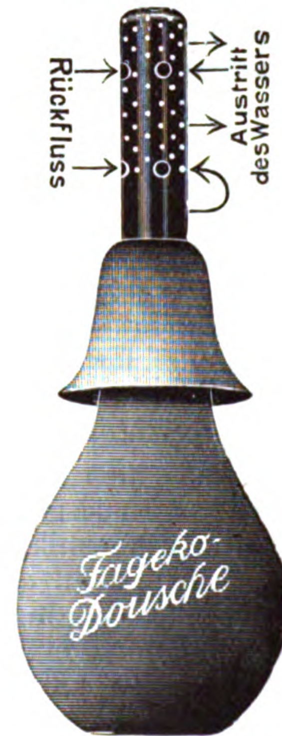


Abbildung 8d.



Auf einen Gummiballon g (Fig. 8c) ist ein Hartgummirohr aufgesteckt, das folgende Konstruktion hat: 2 zylindrische Rohre sind ineinander geschoben. In dem äußeren Rohr sind oben an der Spitze s und ebenso in der Mitte kleine Löcher a gebohrt, zwischen denen große Kanälchen b eingeschraubt sind. Das mittlere mit diesen Kanälchen kommunierende Rohr hat unten ein Kugelventil k. Um das äußere Rohr befindet sich noch ein auf- und abwärtsschiebbares Scheiden-Verschlußstück v aus Gummi. Führt man das Instrument in die Vagina, so fließt das Wasser beim Druck auf den Ballon, da die Kugel das mittlere Rohr w und die Kanälchen b verschließt, nur durch den Kanal z und dann durch die Löcher a aus, bespült die Vaginalwand sch und den

Muttermund m und wird in demselben Moment in einer Sekunde durch die großen Kanälchen b wieder in das mittlere Rohr m und in der Pfeilrichtung w in den Ballon zurückgesaugt.

Fig. 8d zeigt die Außenansicht dieser Douche. Für die Verwendung ist folgendes von Wichtigkeit:

1. Der Ballon wird nicht ganz voll gefüllt. Vor Einfüllung des Wassers gießt man in denselben 10 Tropfen desinfizierender Flüssigkeit (Terpisana, Decilan, Lysol, Lysoform etc.).

2. Man schiebe das Verschlußstück (v) soweit gegen die Spitze des Hartgummirohrs, bis es die untersten Kanälchen (al) erreicht hat. Diese darf es jedoch nicht überschreiten und verschließen. Es wird nun mit der linken Hand nach Auseinanderspreitzen der Schamlippen fest gegen den Scheideneingang angepreßt. Nunmehr drücke man, da die vorne verschlossene Scheide nur einige Kubikzentimeter Wasser faßt, 4—5mal leicht den Ballon auf und ab, wobei die Patientin das Gefühl einer 5maligen Spülung hat. Man hüte sich zu stark zu drücken. Nur ganz wenig Flüssigkeit, soviel die verschlossene Scheide fassen kann, darf in dieselbe eingeführt werden, da das Wasser sonst an der Seite des Verschlußstückes herausläuft. Nimmt man nunmehr die Douche heraus, so befindet sich sämtliches Vaginalsekret im Innern des glattwandigen Ballons

3. Nachdem der Inhalt weggegossen ist, wird der Ballon mit einer desinfizierenden Flüssigkeit (Terpisana, Decilan, Lysoform, Lysol etc. 10 Tropfen) gefüllt und stehen gelassen. Die Reinigung des Hartgummirohrs geschieht so, daß man es umgekehrt auf den mit Wasser oder desinfizierender Lösung gefüllten Ballon hineinsteckt, so daß das Wasser nunmehr aus den Kanälchen b und dem mittleren Sammelrohr alle Unreinlichkeiten wegspült. Das Rohr wird dann für einige Stunden in desinfizierende Flüssigkeit gelegt, woraufhin die Fageko-Douche wieder gebrauchsfähig ist.

c) Von besonderer Wichtigkeit ist für den untersuchenden Arzt die Seifenfrage. Die gewöhnlichen festen Seifenstücke werden, wenn sie nach der Untersuchung angefaßt werden, mit infektiösem Material beladen, das sich in den Seifenkästen ansammelt, namentlich in dem von der Seife herunterrinnenden Wasser. Auch auf die Auswahl der Qualität der Seife ist besonders acht zu geben. Es darf nur beste, reizlose, womöglich überfettete Seife angewandt werden, da bei dem häufigen Waschen sehr leicht Entzündungen der Haut, namentlich im Winter (Dermatitis) entstehen, die den untersuchenden Arzt sozusagen arbeitsunfähig machen wegen der drohenden Infektionsgefahr. Nur mit Gummihandschuhen, die auf die Dauer natürlich äußerst unangenehm sind, und die Dermatitis mit dem sie begleitenden Rhagaden oder ein im Anschluß daran entstandenes Ekzem durch die Stauungen des zentrifugalen Sekretionsstromes noch verstärken, kann er in diesem Falle seinen Dienst tun. Ein chronisches Ekzem mit Rhagadenbildung muß unter allen Umständen durch den Gebrauch einer reizlosen Seife und durch Einfettung der Hand vermieden werden.

Zur Reinigung und mechanischen Säuberung der Hände eignet sich am besten Marmorseife, die zweckmäßig mittels meines automatisch wirkenden Seifenspenders (Abbildung 9) verabfolgt wird. Von diesen Seifenspendern sind zwei Apparate an der Wand befestigt, von denen der eine mit Marmorseife zur gründlichen Säuberung und Des-

infektion der Hände gefüllt ist, während der andere Apparat eine Tragakanthmasse zum Einfetten der Specula enthält. Der Apparat (Abbildung 9) besteht aus einem runden Metallgefäß mit etwa 3 Liter Inhalt, das sich nach unten zu trichterförmig verjüngt. Auf der Seifen- und Salbenmasse ruht eine schwere Platte. Der trichterförmige Boden ist durch ein zweckmäßig angebrachtes federndes Messer abgeschlossen, so daß die unter Druck stehende Seifenmasse nicht herausfallen kann. An dem erwähnten Messer ist eine Zugvorrichtung angebracht,

Abbildung 9.

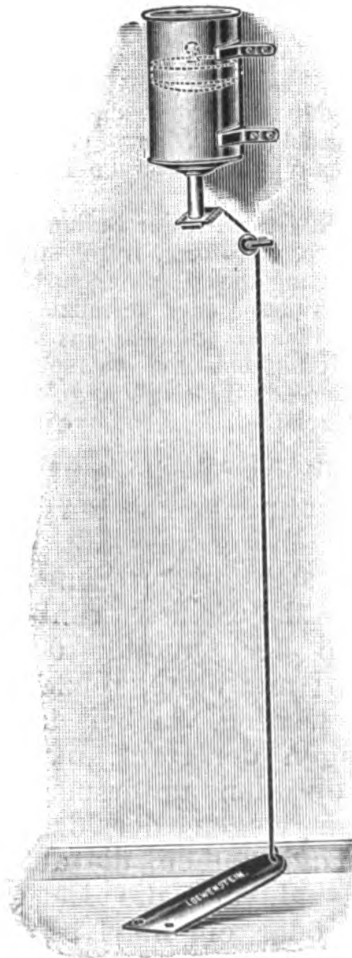
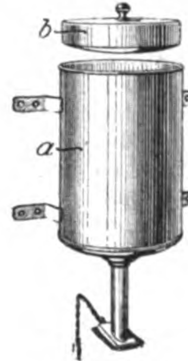


Abbildung 9 a.



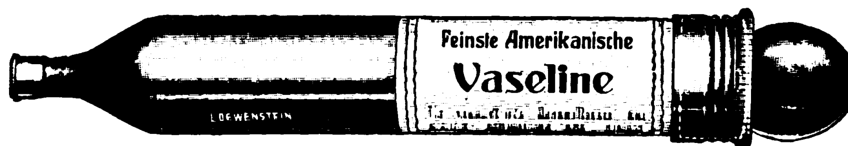
Seifenspender.

die durch einen Fußtritt zu betätigen ist, woraufhin die weiche Seifenmasse durch die gebildete Oeffnung in die unter den Apparat gehaltene Hand fällt. Läßt der mit dem Fuße ausgeübte Zug nach, so treiben zwei Federn das Messer wieder in die Verschlußlage zurück. Diese drei Apparate sind rechts vom Arzt an der Wand befestigt und ohne weiteres zu erreichen. (In dem Musterzimmer der Hygiene-Aussellung waren mit Rücksicht auf den etwas beschränkten Raum nur zwei Apparate angebracht.) (Fig. 1, Nr. 4).

Die Einfettung der Metallspecula ist ein Kapitel von besonderer Wichtigkeit. Wendet man nämlich Fett oder Vaseline

oder Oel an, so werden einerseits das Vaginalrohr und anderseits die Instrumente so verschmiert, daß sie sehr schwer zu reinigen sind. Verwendet man wasserlösliches Glyzerin, so sammelt sich dieses beim Eintauchen des Spekulums in das Glyceringefäß durch die Adhäsion leicht im Lumen des Spekulums an. Nach dem Einführen des Spekulums taucht nun die Portio in diesen Glyzerinsee, so daß das mit der Platinöse entnommene Portiosekret mit Glyzerin so verdünnt wird, daß es entweder an dem Objektträger nicht fest haftet oder aber wegen der starken Verdünnung überhaupt nicht zu verwenden ist. Bei dem obigen Apparat hält man die Außenseite des

Abbildung 10.



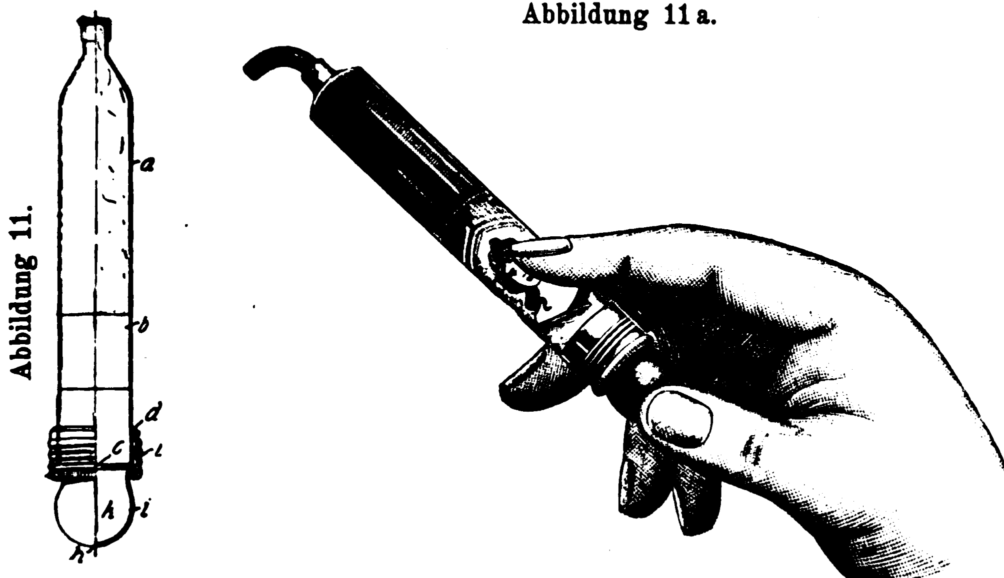


Abbildung 11.

Abbildung 11 a.

Spekulums unter die Ausflußöffnung des Spenders, dreht die Spitze des Spekulums leicht herum, so daß auf die Weise lediglich die Außenseite gleichmäßig eingefettet ist, während das Innere des Spekulums frei bleibt.

Für die Aufbewahrung von Vaselin, Lanolin oder wasserlöslichem Cream zum Zwecke der Einfettung der Specula und der Haut bei Rhagaden etc. hat sich als äußerst praktisch die Luftdrucktube (Abbildung 10) bewährt, da diese aus Glas bestehende Tube immer sauber und ohne weiteres desinfizierbar und mit einer Hand leicht zu dirigieren ist.

Der salbenförmige Körper wird in die Glasröhre a (Fig. 11) eingefüllt und durch den Kork- oder Metallkolben b nah außen hin abgeschlossen. Dann wird der bei c perforierte Schraubenring d aufgesetzt und das Loch c mit einem den Inhalt und die Firma bezeichnenden Papierstreifen beklebt, der vor

dem Gebrauch zu durchstoßen ist. In diesem Zustand kommt die Tube, die noch mit einer Skala (zum Ablesen der gebrauchten Salbenmenge) versehen und mit einer Etikette beklebt sein kann, in den Handel.

Auf das Schraubengewinde d ist der bei h perforierte kleine Gummiballon i luftdicht aufgeschraubt. Drückt man mit dem Daumen auf die Perforation h, so wird diese geschlossen, die Luft wird bei k komprimiert; diese komprimierte Luft teilt sich durch die Oeffnung c dem Kolben b mit und dieser treibt die Füllung bei der Tubenspitze heraus. Der kleine Gummiballon wird bei jeder neuen Tube immer wieder verwandt. Auch zur Salbeneinführung in die Vagina eignet sich meine Tube. (Fig. 11 a.)

Neben der großen Bequemlichkeit zeigen Zinntuben, die zur Aufnahme von Salben, Einfettungsmitteln usw. dienen, gewisse Nachteile. Schon kurz nach der Anwendung sieht die Zinntube unförmlich und zerquetscht aus; in den Nischen sammeln sich Bakterien, Staub und Schmutz an, was vielleicht zu hygienischen Unzuträglichkeiten führen kann. Die Schraubenspitze läßt sich schwer reinigen oder sterilisieren; den Inhalt kann man nicht sehen, eine Graduierung ist daher nicht anzubringen. Diese Nachteile werden durch Anwendung meiner Luftdrucktube vermieden.

d) Ein Instrumententisch aus Rohreisen in aseptischer, weiss emaillierter Ausführung (Abbildung 2) mit einer Rohglasplatte und einer metallenen Platte; unterhalb der Rohrglasplatte sind zwei Glasschalen in Schwenkkörben angebracht, die eine desinfizierende Flüssigkeit, Sublimat usw., aufnehmen. Oberhalb der Rohglasplatte befindet sich in der Mitte ein kleiner Instrumentenschrank, dahinter ein verstellbarer Irrigator mit Ansatzröhren, Schlauch, Tropfglas usw. Zu beiden Seiten des Instrumentenschrankes, der die zum außergewöhnlichen Gebrauch bestimmten Instrumente (Hörrohr, Plessimeter, Mastdarmspeculum und Playfairsche Sonden usw.) enthält, sind zwei kippbare Flaschen zu 2 Liter Inhalt angebracht, die die fertigen antiseptischen Flüssigkeiten enthalten. Auf dem Boden dieses Tisches sind zwei Blechkästen angebracht, einer für Watte und sonstige Verbandstoffe, Tupfer, Mull, der andere für gebrauchte Tücher zum Abwischen.

e) An der Wand befindet sich noch eine kleine Hausapotheke, die folgende Medikamente und Verbandstoffe enthält:

30,0 Spir. aether (Hoffmannstropfen); 200,0 Alkohol 90 %; 50,0 Collodium; 30,0 Opiumtinktur; 20,0 Morph.-Lösung 1,5 % (z. subcut. Inj); 20,0 Jod.-Tinktur; 200,0 Benzin; 250,0 Lysoform; 10,0 Xeroform mit Streudose; 50,0 Vaselin, amer.; 10 m × 20 cm Jodoformgaze 10 % in Glas; 5 m × 10 cm Verbandmull; 6 Mullbinden à 8 cm; je 2 Brandbinden 2,5 m und 4 × 10 cm; je 1 Leukoplast 2,5 m und 5 m × 5 cm; je zwei fertige Verbandpäckchen; eine gerade chirurgische Schere 14 ½ cm; eine gebogene chirurgische nach Cooper; eine anatomische Pinzette 13 cm lang; 1 Hakenpinzette mit 1 und 2 Haken, 13 cm lang; 3 Heftnadeln für Hautnaht; 1 Universalnadelhalter 17 cm; eine sterilisierbare Ganzglas-Pravazspritze mit 2 Kanülen im Metalletui; zwei Gläser Vömelseide im Flakon; ein einfaches Stethoskop, 1 Einnehmeglas; Sublimatpastillen (1,0).

f) Beleuchtung. Gas oder elektrische Deckenlampe für allgemeine Raumbeleuchtung, 3 Steckkontakte für ärztliche Be-

leuchtung mittels eines Reflektors, dann ein Anschlußapparat für endoskopische Beleuchtung.

g) Schreibpult. Als Federhalter sind empfehlenswert solche aus Metall und auskochbar, da während der Untersuchung häufig infektiöses Material an dieselben gelangen kann. In der Nähe des links vom Untersuchungsstuhl angebrachten Schreibpultes befindet sich ein Bunsenbrenner und ein Ständer, der vier Platinösen aufnimmt. Der Bunsenbrenner wird zweckmäßig neben dem Schreibpult angebracht, damit die Wärterin, die entsprechende Notizen für die mikroskopischen Untersuchungen auf die Objektträger mit Blaustift schreibt, den Bunsenbrenner für das Ausbrennen der Platinösen immer zur Hand hat. Der Vorgang des Aufstrichs für die mikroskopischen Untersuchungen ist folgender:

Die links vom Arzt stehende Wärterin überreicht dem Arzt die beiden vorher ausgeglühten Platinösen; in der linken Hand hält sie während der Untersuchung den mit u (urethra), c (cervix) und b (Bartholinitis), a (After), ferner mit der Kontrollnummer der Prostituierten und der Nummer des Untersuchungszimmers mittels eines Dermatographen signierten Objektträger. Der Arzt entnimmt die entsprechenden Sekrete, streicht sie auf den hingehaltenen Objektträger, woraufhin die so armierten Objektträger in kleinen Objektträgermappen in das Mikroskopierzimmer getragen werden, wo die Präparate von Präparatorinnen untersucht werden. In das Kontrollbuch wird vorher ebenfalls u, c und b und der Name des untersuchenden Arztes eingetragen, damit ein Irrtum nachher ausgeschlossen ist. Menses werden im Kontrollbuch durch ein m. angedeutet.

In Berlin sind momentan im Mikroskopierzimmer und im Laboratorium 4 Präparatorinnen tätig. Die Ueberweisung bei positivem Befund in ein Krankenhaus geschieht nur dann, wenn der Arzt den Befund bestätigt hat. Sind keine Gonokokken vorhanden, so genügt der durch die Präparatorinnen festgestellte Befund. Aehnlich ist der Modus bei der Untersuchung der Spirochäten, Streptobazillen usw. Ein bestimmtes Augenmerk ist auf die Platinösen zu richten.



Abbildung 12.
Halter für Platinösen aus Metall.

Es empfiehlt sich, die Halter (Abbildung 12) vollständig aus Metall herzustellen, damit sie vollständig sterilisiert werden können. Ein Horngriff ist durchaus zu verwerfen. Ferner empfiehlt es sich, die Platinösen in größerer Menge vorrätig zu halten, damit mit infektiösem Material beladene Platinösen jederzeit ohne Zeitverlust sterilisiert werden können.

h) Ein Kleiderschrank für die Kleiderablage des Arztes, für Bürsten usw. und zum Verschließen der Kleider.

i) Kojen zum Auskleiden. Jede Koje ist als ein kleiner isolierter Auskleideraum gedacht, damit die Prostituierten, die zweckmäßig zu je vier das Untersuchungszimmer betreten, während des Auskleidens voneinander getrennt sind. Hierdurch werden Uebertragungen von Kopfläusen, Kleiderläusen oder

Infektionen nach Möglichkeit verhütet. In jeder Koje befindet sick eine Kleiderablage, ein kleines Tischen, Schirmständer und ein kleiner Spiegel. Wo es sich um eine Neueinrichtung handelt, ist natürlich ein besonderes Auskleidezimmer, neben dem Untersuchungszimmer gelegen, vorzuziehen. In diesem Auskleidezimmer sind einzelne Kojen untergebracht.

k) Eine spanische Wand, damit man aus dem Warteraum nicht in das Untersuchungszimmer beim Oeffnen der Tür hineinsehen kann. Die spanische Wand findet auch Verwendung, wenn aus irgendeinem Grunde zur Stellung der Diagnose eine Urinprobe gemacht werden soll, um die Puellen auf kurze Zeit von den anderen zu isolieren. Anderseits kann die Wand auch zur Verdunkelung beim Augenspiegeln verwandt werden.

Was nun die Größe und allgemeine Beschaffenheit des Untersuchungszimmers anbetrifft, so sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Das Zimmer muß mit elektrischem Ventilator versehen sein, um die durch die Ausdünstungen der Puellen schlechtwerdende Luft zu erneuern; es muß durch entsprechende Fenstereinrichtungen gut lüftbar sein, einen entsprechenden Luftkubus haben, möglichst in die Wand eingelassene Wasser- und Gasleitungen, Oelanstrich oder Plattenbelag zur gründlichen Reinigung der Wände. Der Fußboden ist zweckmäßig entweder mit Linoleum oder mit Plattenbelag versehen. Gardinen und Vorhänge müssen auskochbar sein. Das Mobiliar soll sich leicht abseifen lassen, kurzum alle Ansprüche, die an ein Operations- und Untersuchungszimmer überhaupt gestellt werden, sollen auch im Untersuchungszimmer des Polizeiarztes erfüllt werden.

Das Instrumentarium und die speziellen Einrichtungen werden zweckmäßig eingeteilt in:

A. Instrumentarium zur Sicherung der Diagnose:
   a) Täglich zu verwendende Instrumente,
   b) seltener zu verwendende Instrumente.

B. Beleuchtungsvorrichtungen.

A. Instrumentarium zur Sicherung der Diagnose.

a) Täglich zu verwendende Instrumente.

1. Für die vier Untersuchungszimmer in Berlin kommen in Frage ca. 500 Metallspecula (Abbildung 13). Porzellanspecula sind zu verwerfen, da sie während der Sterilisierung leicht lädiert werden und Risse und Sprünge bekommen, die zu Verletzung des Arztes und der Puellen führen. Die Specula

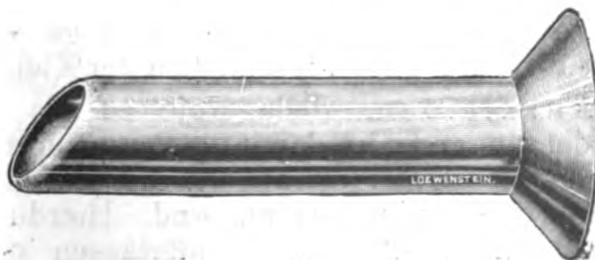


Abbildung 13.

Scheidenspeculum mit extra breitem Rand.

haben zweckmäßig einen breiten Trichter, damit sie bequem angefaßt werden können. Es kommen zwei bis drei Größen zur Anwendung:

Größe 1 = etwa $^3/_4$ der Specula (kleiner Durchmesser),
Größe 2 = „ $^1/_4$ „ „ (mittlerer „),
Größe 3 = einige wenige Specula (großer „).

2. 500 Mundspatel, zum Teil leicht geschweift (Abbildung 14) ($^9/_{10}$ der Gesamtzahl), zum Teil gerade (Abbildung 15) (2–3), zum Teil im Winkel abgebogen (Abbildung 16), wenn man mit der künstlichen Beleuchtung arbeitet (2—3 Stück) (siehe B. Beleuchtungsvorrichtungen). Die Mundspatel werden ebenfalls aus vernickeltem Metall hergestellt. Einige Spatel sind zweckmäßig aus plattenförmigem Metall, wenn man den hinteren Teil der Zunge stark herabzudrücken

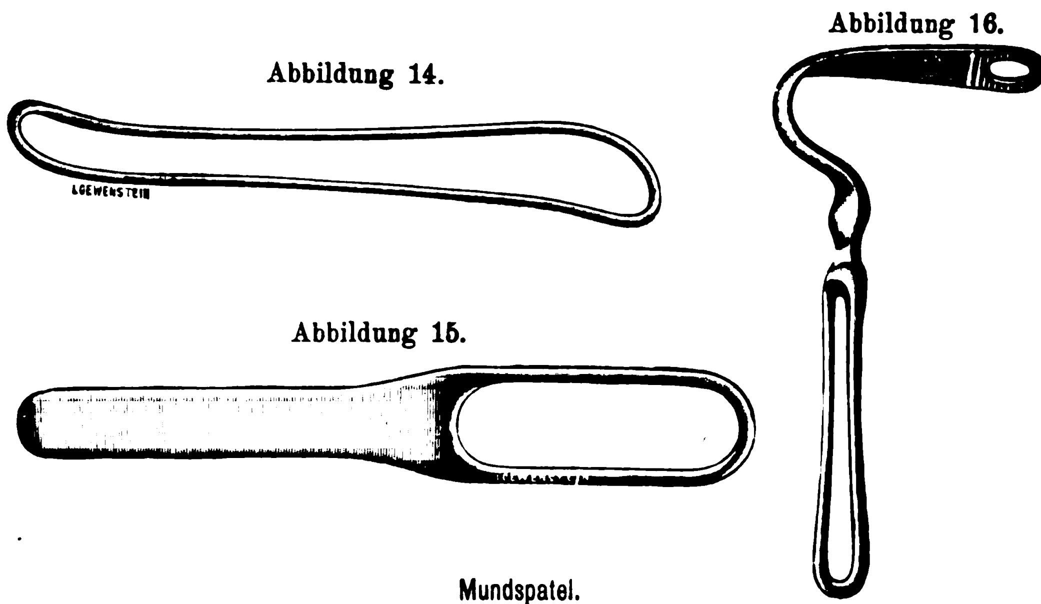


Abbildung 14.

Abbildung 15.

Abbildung 16.

Mundspatel.

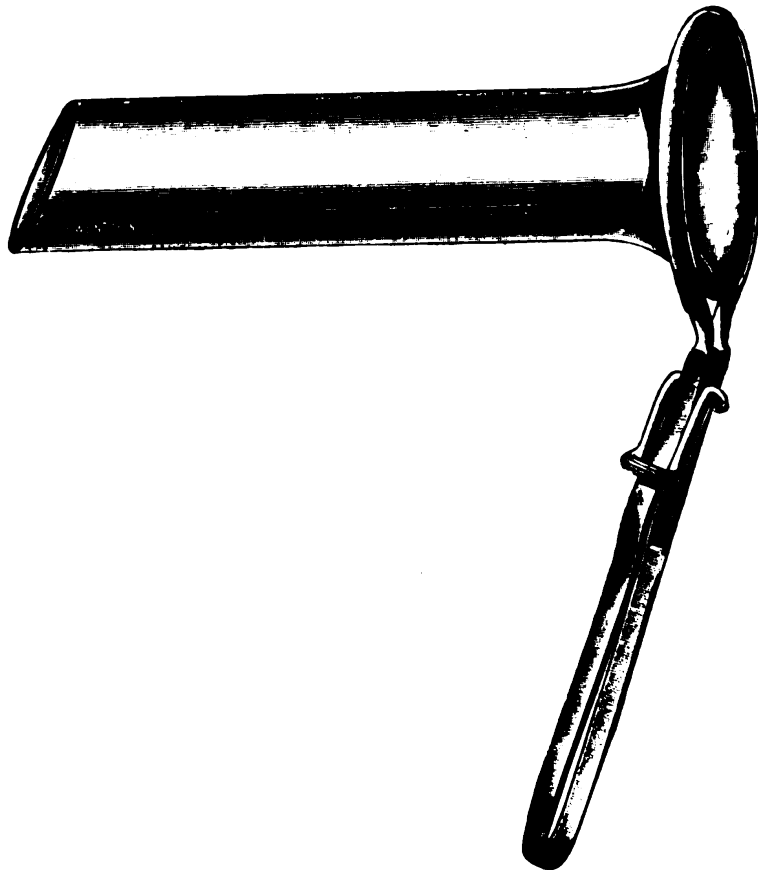
gezwungen ist, was namentlich dann in Frage kommt, wenn die Zungenbasis stark nach oben gegen den Gaumen vorspringt.

3. 2—3 Universalhalter (Abbildung 17) zum Halten der Specula. Wenn aus irgend einem Grunde, namentlich bei luxurianten Papeln, der Arzt aus Gründen der eigenen Sicherheit die Genitalien nur instrumentell untersuchen soll, so verwendet er zweckmäßig meinen Universalhalter. Der Halter gestattet es ohne weiteres, jedes gewöhnliche Speculum in ein Griffspeculum zu verwandeln.

4. Eine Zange (nach Angabe des Verfassers), die bei stark ansteckenden luxurianten Papeln es ermöglicht, die Labien auseinanderzuspreizen, um eine Besichtigung des Introitus vaginae zu ermöglichen.

5. Zur Gonokokkenenthahme und zur Erzeugung von Reizserum für die Dunkelfeldbeleuchtung und zur Anfertigung der Spirochätenpräparate kommen in Frage:

Abbildung 17.



Universalhalter für Spekula.

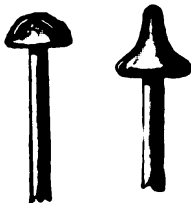
Abbildung 18.



Platinöse.

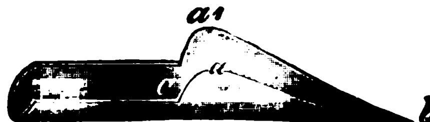
a) Platinösen (Abbildung 18). Der Platindraht muß eine gewisse Dicke haben, damit man eine leichte Schabung der Harnröhrenwand machen kann.

Abbildung 19.



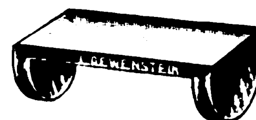
Harnröhrenschaber.

Abbildung 20.



Exstirpationsfeder nach Dr. Dreuw.

Abbildung 21.



Diaskop.

b) Platinspatel mit löffelartigen Spitzen nach Angabe des Verfassers zum Auskratzen der Harnröhre, in verschiedenen Größen (siehe Abbildung 19).

6. Zum Auskratzen von Krätzmilben wird zweckmäßig meine Extirpationsfeder (Abbild. 20) oder eine Platinlanzette verwandt (Abbildung 25).

7. Ein gläsernes Diaskop (Abbild. 21) zur diaskopischen Untersuchung; diese Methode kommt bei der Untersuchung auf syphilitische Papeln in Frage. Die Diaskopie beruht auf folgendem:

Drückt man mit einem Glasspatel, einem gläsernen Plessimeter oder einem Objektträger auf normale Haut, so wird dieselbe ganz blaß, indem durch den Druck das Blut aus den Kapillaren gepreßt wird. Beim *Lupus* haben wir nun an Stelle des fibrösen Gewebes, der Kapillaren und elastischen Fasern in die Cutis eingelagerte Zellen, die sehr dicht zusammenliegen und meist scharf abgegrenzt sind (Lupusknötchen). Diese Zellenmassen werden durch das Glas hindurch als braune, scharfumgrenzte Gebilde sichtbar, während die blutleere Umgebung eine helle Farbe zeigt. Am besten führt man die Diaskopie aus mit einem gläsernen Plessimeter, nachdem man vorher die Haut eingefettet hat.

Bei der *syphilitischen Papel* sind dagegen um die Blutgefäße herum Plasmazellen gelagert, so daß bei gleichem Druck mit dem Diaskop eine leichte radiäre Zeichnung entsteht im Gegensatz zum Erythem; diese radiäre Zeichnung ist im Zusammenhang mit anderen Symptonen für die Diagnose zu verwerten.

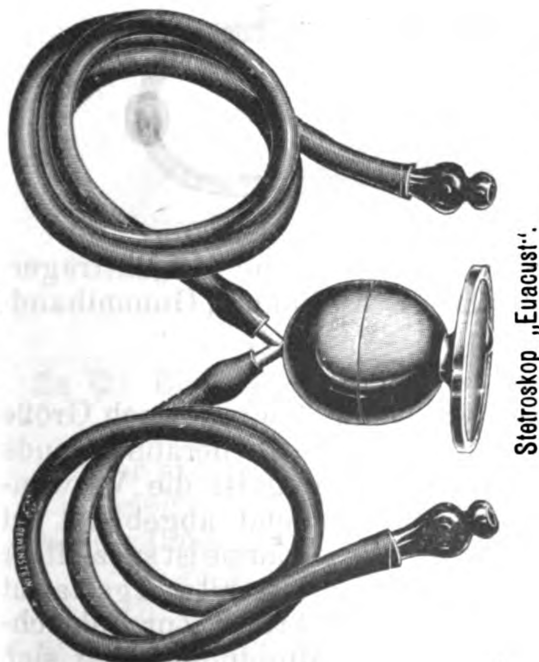
8. Eine *Kornzange* und eine lange *Pinzette* zum Abtupfen der nässenden Stellen.

b) *Seltener zu verwendende Instrumente:*

1. *Stethoskop, Plessimeter, Hammer*, (syphilitische Aneurysmen). Statt des Stethoskopes ist sauberer und zweckentsprechender das *Phonendoskop* nach *Bazzi-Bianchi*, oder der vollständig sterilisierbare „Euacust“ (Abbild. 22), damit der Arzt nicht mit der manchmal sehr unreinen Haut in Berührung kommt.

2. *Urethroskop* für die weibliche Harnröhre (Abbild. 23).

Abbildung 22.



Stetroskop „Euacust“.

Abbildung 23.



Urethroskop für die weibliche Harnröhre.

3. Harnröhren-Expressor (Abbild. 24), der zum Ausdrücken der Urethra benutzt wird und den Fingerdruck ersetzt.

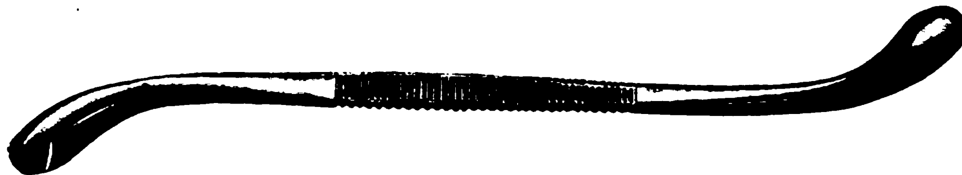
4. Augenspiegel, um event. syphilitische Augenerkrankungen zu diagnostizieren.

5. Platiniridiummesser und Pinzette zur Erzeugung von Reizserum (Abbild. 25 und 26).

6. Instrumente zur Wassermannschen Reaktion (Pipette etc.) u. a. Saugapparat zur Blutgewinnung aus der Portio (Abb. 27).

Wenn ausnahmsweise noch einige Nebenapparate, auch wenn sie nicht instrumenteller Natur sind, erwähnt werden, geschieht dies der Vollständigkeit halber: Spüleimer zum Ein-

Abbildung 24.



Harnröhren-Expresser.

Abbildung 25.



Abbildung 26.

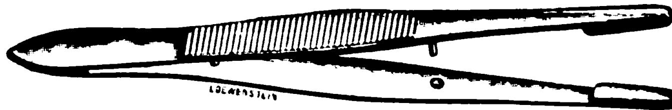
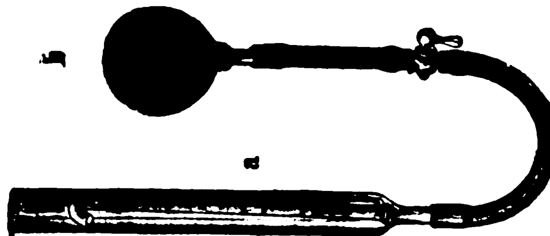


Abbildung 27.



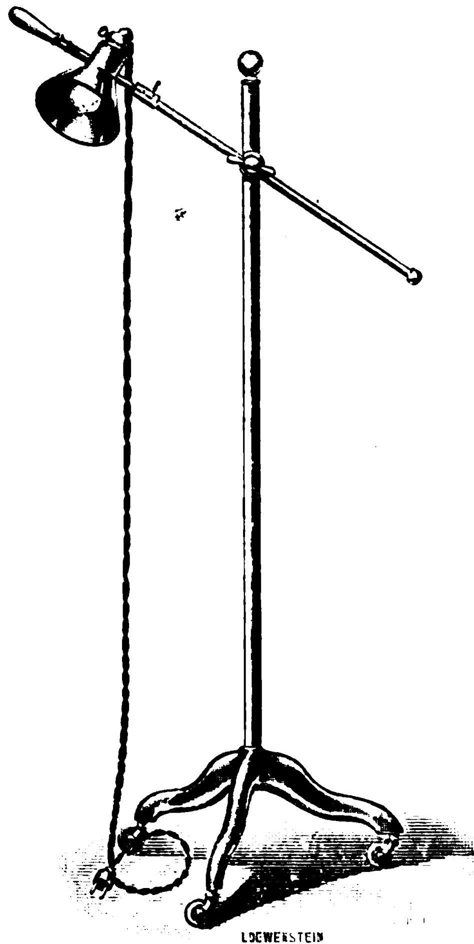
werfen der Wattepfropfen, Spucknäpfe, kleine Objektträgermappen, Gummifingerlinge, Heftpflaster, Kollodium, Gummihandschuhe.

B. Beleuchtungsvorrichtungen.

Für die allgemeine Raumbeleuchtung dient je nach Größe des Zimmers eine oder mehrere von der Decke herabhängende elektrische Lampen. Für örtliche Beleuchtung ist die Verwendung einer Stativlampe, wie sie nebenstehend abgebildet ist (Abbild. 28 und 1 Nr. 9 u. 16), praktischer. Diese Lampe ist speziell für die Prostituiertenuntersuchung angefertigt, sehr stabil und gestattet eine sehr weitgehende Verstellung des Reflektors. Zur Beleuchtung von Körperhöhlen, wie Vagina und Mundhöhle, hat sich

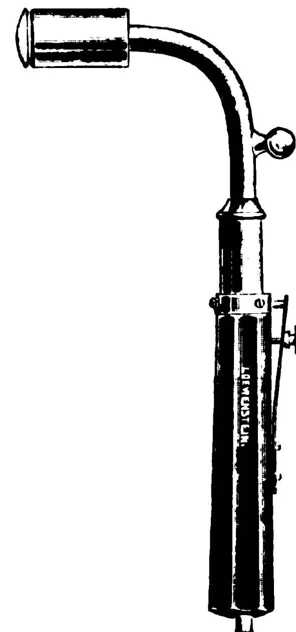
eine kleine elektrische Lampe mit Handgriff und Konzentrationslinse, wie solche in Abbildung 29 dargestellt ist, sehr gut bewährt. Durch die Konzentrationslinse tritt das Licht in einem geschlossenen Strahlenbündel nach außen und können so kleine Flächen stark beleuchtet werden. Diese Lampe ist entweder, wie bereits erwähnt, als Handlampe zu benutzen, kann jedoch auch mittels der angebrachten Gelenkkugel an dem Querarm der Stativlampe angebracht werden. Dies empfiehlt sich dann, wenn die Lampe auf längere Zeit benutzt werden soll, wobei die Hand ermüden würde.

Abbildung 28.



Fahrbare Stativlampe.

Abbildung 29.



Handlampe für Vaginalbeleuchtung.

Zu C: Einrichtung für Laboratorium und Mikroskopierzimmer.

Die Einrichtung für das Laboratorium und Mikroskopierzimmer unterscheidet sich nur unwesentlich von denen anderer zum gleichen Zweck eingerichteten Räume, so daß sie nur kurz zu erwähnen ist.

An größeren Einrichtungsgegenständen enthält das Zimmer einen Mikroskopiertisch (Abbild. 30) mit Schubkästen zur Aufnahme von Gerätschaften, sowie einen Drehsessel für die Prä-

paratorin, einen größeren Schrank aus weiß emailliertem Eisen und Glas zur Aufnahme der Instrumente, Farblösungen usw. Ferner eine aseptische Waschanlage in gleicher Ausführung wie die im Untersuchungsraum befindliche, ein Ausgußbecken mit Ventilhahn, einen kleinen Universal-Apparat für Brut-

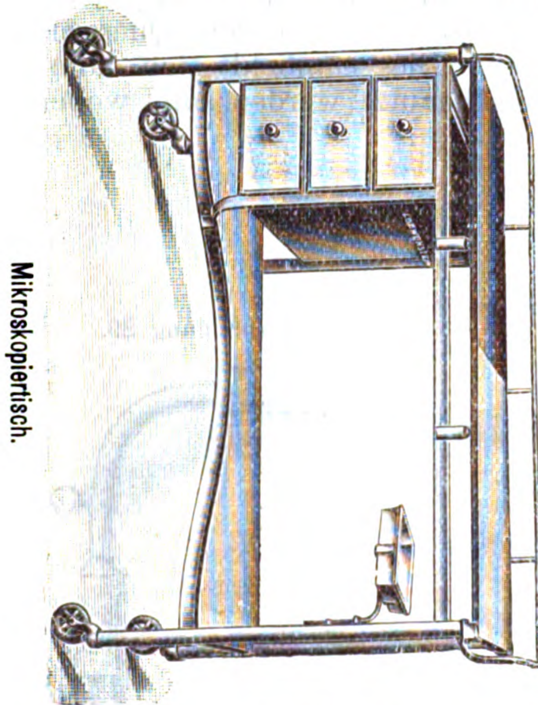
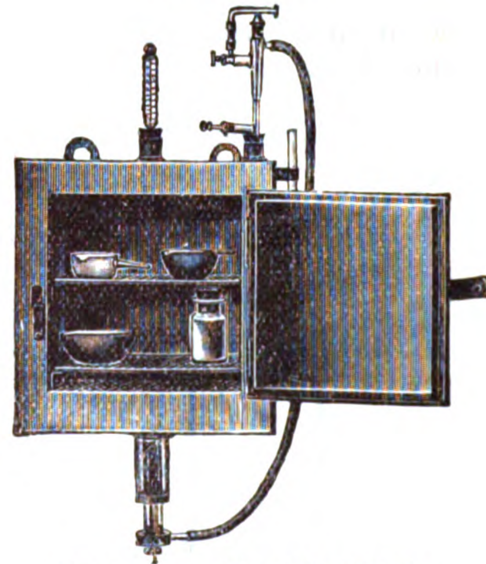


Abbildung 30.

Mikroskopiertisch.

Abbildung 31.

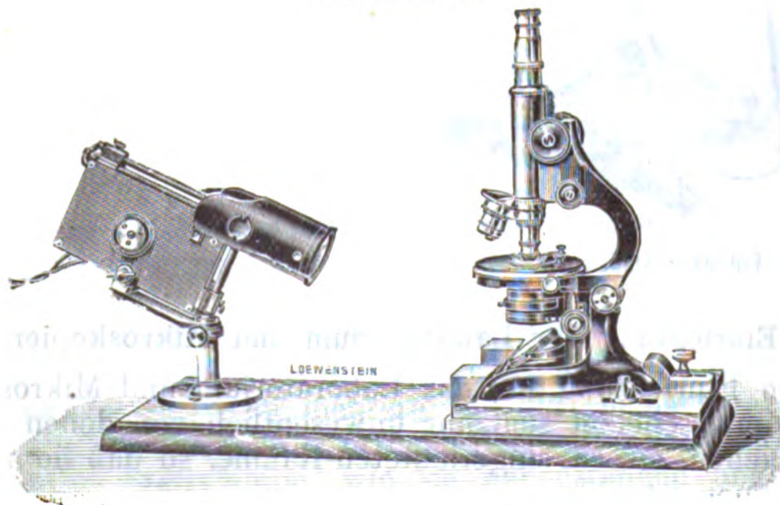


Brutzwecke und Heissluftsterilisation.

zwecke und Trockensterilisierung (Abbild. 31), eine Konsole für Gläser usw., sowie eine solche für Bücher. In dem ausgestellten Musterzimmer waren ferner vorhanden:

Ein Mikroskop mit Oelimmersion und Dunkelfeldbeleuchtung[1]) für Spirochäten-Untersuchung (Abbild. 32), Koch- und Färbegeräte für die

Abbildung 32.



Mikroskop mit Dunkelfeldbeleuchtung.

---

[1]) Die in Fig. 32 abgebildete Beleuchtungsvorrichtung bewährt sich wegen der intensiven Leuchtkraft besonders gut.

Objektträger und Farben, sowie Reagentien für die Gonokokken-, Spirochäten- und Streptobazillen-Untersuchung. Hierfür kommen in Betracht: Löfflers Methylenblau zur Färbung der Gonokokken, Eosin conc. zur Gegenfärbung, Gentianaviolett zum Färben der Gonokokken bei der Gramschen Färbung, Anilinoelwasser-Gentianaviolett zum Färben der Gonokokken, Polychrom-Methylenblau zum Färben der Erreger des Trippers und weichen Schankers, Lugolsche Lösung als Beize bei der Färbung der Gonokokken nach Gram, Pappenheimsche Lösung zum Färben der Erreger des Trippers und Schankers, Alcohol absol. zum Entfärben bei der Gramschen Färbung, ferner chinesische Tusche. Das Mikroskopierzimmer ist durch Telefon mit den Untersuchungszimmern verbunden.

In dem Buche von Leonard: „Die Prostitution, ihre hygienische, sanitäre, sittenpolizeiliche und gesetzliche Bekämpfung“ [1]) heißt es auf Seite 169:

„So verlangt auch der preußische Ministerialerlaß vom Jahre 1898, daß während der Untersuchung eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräte anwesend sein müsse. Diese Person braucht der Untersuchungsarzt ebenso notwendig, wie der Operateur einen Assistenten. Sie besorgt die Reinigung und Ordnung des Untersuchungslokales, reicht die Instrumente dem Arzt, reinigt und desinfiziert sie wieder zum weiteren Gebrauch. Es ist eben ziemlich unmöglich, für jede einzelne Dirne einen Spiegel und einen Spatel zu halten bei der Anzahl der jedesmal zu einem Untersuchungstermin erscheinenden Prostituierten. Bei genügendem Vorhandensein der notwendigen Instrumente läßt sich während der Untersuchung ganz gut eine frische Desinfizierung der gebrauchten Instrumente zum frischen Gebrauch wieder durchführen. Ob die zurzeit in Dresden geübte Gepflogenheit, daß jede Prostituierte ihren eigenen Spatel sowohl, als auch Spiegel zur Untersuchung mitbringt, praktisch und gut ist, bezweifle ich, da auf diesem Wege wohl kaum eine ausreichende Sterilisation der einzelnen Instrumente zu erzielen ist, letztere auch häufig unter den Dirnen zum Gebrauch verliehen würden.“

Wenn ein auf dem Gebiete der Prostitution so bewanderter Fachmann wie Leonard schreibt, es wäre nicht möglich, für jede einzelne Dirne ein besonderes Instrument zu halten, so ist diese lediglich theoretische Meinung durch die Praxis heute überholt in einer Stadt, in der täglich die meisten Prostituiertenuntersuchungen von allen Städten Deutschlands stattfinden.

Ich habe bisher die rein technische Seite der Puellen-Untersuchung behandelt und möchte der Vollständigkeit halber kurz den in Berlin angewandten Modus der Untersuchung schildern. Wer sich für die gesetzlichen Vorschriften und gesetzlichen Unterlagen dieser Untersuchung interessiert, den verweise ich auf die ausführliche Schilderung, die Herr Kriminalinspektor Penzig (Berlin) [2]) in dem Aufsatz: „Die Bekämpfung der Gewerbsunzucht durch die Sittenpolizei“ gegeben hat, und auf „Sittenpolizei und Hygiene der Prostitution“ von Dr. Güth. [3]) Die kontrollierten Puellen, die sich wöchentlich oder monatlich im regelmäßigen Turnus stellen, sind je nach dem Alter, der Zeit der letzten Syphilis-Ansteckung und der Dauer der Unterkonstrollstellung eingeteilt in drei Klassen, von denen die der ersten Klasse wöchentlich zweimal, die der zweiten Klasse wöchentlich einmal, die der dritten Klasse alle 14 Tage

[1]) Ernst Reinhardts Verlag, Leipzig, 1912.
[2]) Verlag „Gesetz und Recht“, Breslau, Bischoffstr. 12.
[3]) Zeitschr. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1907, Bd. 6, Nr. 3.

einmal untersucht werden. Die Prostituierten treten mit entblößten Oberkörper vor und werden nach der Untersuchung des Mundes und des Oberkörpers, des Kopfes und der oberen Extremitäten dann auf dem Untersuchungsstuhl untersucht, woraufhin, wenn es notwendig erscheint, die unteren Extremitäten noch einer Untersuchung unterzogen werden. Der beste Modus ist der, daß die Puellen aus einem Ankleidezimmer nackt zur Untersuchung erscheinen, da sonst namentlich Erkrankungen in der Gegend der Hüfte leicht übersehen werden können. Der klinische und mikroskopische Befund wird dann in das Gestellungsbuch und in das Hauptbuch eingetragen. Die krank befundenen Puellen werden mit Angabe der Diagnose, die auf zwei Begleitschreiben geschrieben wird, dem Krankenhaus überwiesen. Einige werden auch, wenn der Arzt und die Behörde es für richtig befinden, in Außenbehandlung (A.-B.) in den Berliner Polikliniken, die sich zur Behandlung bereit erklären, aufgenommen. Für die Außenbehandlung kommen hauptsächlich die weniger ansteckenden Fälle und solche in Betracht, bei denen aus Gründen der Persönlichkeit oder aus sozialen Gründen eine Krankenhausbehandlung vorläufig definitiv nicht angängig ist. Die Vorteile und Nachteile dieser Außenbehandlung sind des näheren erwähnt in den Arbeiten von Penzig und Güth.

In Berlin untersteht die Sittenpolizei der durch einen Oberregierungsrat geleiteten Abteilung IV des Polizei-Präsidiums. Als Vorsteher der Exekutive und Verwaltung fungiert ein Kriminalinspektor. Die exekutiven und bureaumäßigen Verwaltungsgeschäfte werden von 5 Kriminalkommissaren in ebensovielen Dezernaten bearbeitet.

Oertlich ist die Sittenpolizei in 13 Bezirke eingeteilt, die mit zusammen 13 Kriminalwachtmeistern und 181 Kriminalschutzmännern besetzt sind.

In der Registratur sind beschäftigt 8 Polizeisekretäre, deren einer die Geschäfte des Registraturvorstehers wahrnimmt, und 6 Bureauhilfsarbeiter. Die Kanzleiarbeiten erledigen 2 Kanzlisten.

Die ärztlichen Untersuchungen werden von 8 Aerzten vorgenommen, von denen etwa die Hälfte spezialistisch vorgebildete Venerologen sind. Erstmalig zur Untersuchung gelangende Mädchen werden durch eine Aerztin untersucht. Zur technischen Herstellung der mikroskopischen Präparate sind 4 Präparatorinnen eingestellt. Die Aufsicht über die Handhabung des gesamten Untersuchungsdienstes übt der Reg.- und Med.-Rat der Abteilung I des Polizeipräsidiums aus.

In die Rettungsarbeit an den Gefallenen teilen sich drei für diesen Dienstzweig besonders vorgebildete weibliche Kräfte, denen im Bedarfsfalle die werktätige Beratung durch einen bestimmten Geistlichen offensteht.

Die bisher beschriebenen technischen Vorschläge betrafen das in Dresden seitens des Königlichen Polizeipräsidiums ausgestellte Projekt einer Mustereinrichtung für die polizeiärztliche Untersuchung nach meinen Angaben. Von diesen Vorschlägen sind hauptsächlich die Zentralsterilisierung und die Beleuch-

tungsvorrichtung in Berlin eingeführt worden. Fig. 2 und 3 zeigen die Zentralsterilisierungsanlage, die zur vollsten Zufriedenheit aller beteiligten Faktoren funktioniert. Ferner sieht man die in Fig. 28 und 29 beschriebene Beleuchtungsvorrichtung, die in diagnostischer Beziehung jeder Kritik gerecht wird.

Wenn man bedenkt, daß in Berlin vor noch nicht vielen Jahren keine obligatorische Gonokokkenuntersuchung stattfand, und daß durch die Neuregelung des ärztlichen Dienstes, namentlich durch die 14tägige obligatorische Gonokokkenuntersuchung (August 1911) heute täglich allein durchnittlich über 200 Gonokokken-Präparate untersucht werden, daß durch die getroffenen Maßnahmen allein im Jahre 1911 1500 Prostituierte mehr dem Krankenhaus überwiesen wurden, als im Jahre 1910, so ist ohne weiteres ein großer Fortschritt in den letzten Jahren zu konstatieren.

Die folgenden Tabellen, die lediglich, ohne erschöpfend zu sein, der Information und der Uebersicht wegen erwähnt werden, geben wenigstens einen oberflächlichen Ueberblick über die täglich, monatlich und jährlich bei der Berliner Sittenpolizei geleistete Arbeit und die Erfolge der systematisch durchgeführten Untersuchungen, wenngleich zu einer definitiven Beurteilung, ob eine Assanierung der Prostituierten stattgefunden, noch jahrelange Beobachtung und Sichtung des Materials gehört.

1911

Monate	Monatszahl der werktäglichen Untersuchungen	Monatszahl der werktäglichen Präparate	Prozentzahl der positiven Präparate
Januar	5880	255	4,34 %
Februar	5643	229	4,06 "
März	6301	247	3,92 "
April	6901	243	3,52 "
Mai	6703	294	4,38 "
Juni	7019	225	3,21 "
Juli	8916	271	3,08 "
Einführung der 14tägigen Untersuchungen auf Gonokokken.			
August	9436	334	3,54 "
September	8940	251	2,81 "
Oktober	8967	245	2,73 "
November	9320	234	2,51 "
Dezember	8023	163	2,41 "
1912			
Januar	8502	221	2,61 "
Februar	7978	171	2,14 "
März	8158	198	2,42 "
April	7765	172	2,21 "
Mai	7384	194	2,63 "
Juni	7480	192	2,57 "
Juli	9030	206	2,28 "
August	8128	211	2,75 "
September	7355	161	2,19 "
Oktober	7862	158	2,01 "
November	7481	164	2,19 "
Dezember	6753	145	2,13 "

Eines geht aus diesen Tabellen aber bestimmt hervor, daß, nachdem im Juli/August 1911 die obligatorische 14tägige Gonokokkenuntersuchung eingeführt wurde (d. h. von jeder Puella der ersten und zweiten Gefahrenklasse wird alle 14 Tage ein Gonokokkenpräparat der Urethra (u) und der Cervix (c) entnommen) der Prozentsatz der positiven Gonokokkenpräparate von 4,34% im Januar 1911 allmählich auf etwas über 2% im Jahre 1912 gesunken ist. Dieser Prozentsatz ist nun im Jahre 1912 ziemlich konstant geblieben, ein Zeichen dafür, daß durch die Neuordnung ein wenigstens annähernd konstantes Herausfinden der gonorrhoekranken Puellen und ein annäherndes Konstantbleiben der Zahl der dem Krankenhause überwiesenen Puellen erzielt wird.

Die Untersuchung der Präparate durch Präparatorinnen der besseren Gesellschaftsklasse hat sich in Berlin ausgezeichnet bewährt, da der Arzt von dem rein technischen Beiwerk entlastet ist und durch die Arbeitsteilung viel Zeit gewonnen hat. Trotz der von der Behörde eingeführten Stichproben durch die Aerzte hat sich niemals eine Fehldiagnose der Präparatorinnen feststellen lassen.

Die heutige technische Einrichtung der Berliner Sittenpolizei wird beinahe allen hygienischen Forderungen gerecht, die man billigerweise stellen kann, und von der Behörde auch fernerhin noch vervollkommnet werden.

Bis jetzt sind in Berlin hauptsächlich die Zentralsterilisierung, eingerichtet für ca. 500 Specula und ca. 500 Mundspatel (vergl. Abbildung 1, 2, 3, 13, 14), die Reservesterilisierung (Abbildung 7), die Ventilation (Fig. 1), die Beleuchtungsvorrichtung (Fig. 2, 28, 29), die Verbrennung der Abfälle (Fig. 6) und die systematisch durchgeführte Asepsis in je 4 Zimmern, was Fußboden, Decke und Wände betrifft, durchgeführt, ferner die systematische mikroskopische Gonorrhoe- und Syphilis-Untersuchung. Will man darüber hinausgehen, um weiteren spezialistischen Forderungen Rechnung zu tragen, so kommen die übrigen in dieser Abhandlung empfohlenen Untersuchungsmethoden in Frage, die, ohne erschöpfend zu sein, immerhin eine Uebersicht über die technischen Hilfsmittel geben.

An dieser Stelle möchte ich nicht verfehlen zu erwähnen, was mir Herr Professor von Zeissl, Wien, bei der Demonstration der Dresdener Ausstellung (Fig. 1) angesichts der strikt durchgeführten hygienischen Technik mitteilte, daß man vor mehr als 50 Jahren seinem Vater auf seinen Antrag, ihm einen Untersuchungsstuhl anzuschaffen, mitgeteilt habe, für „diese" Untersuchung genüge ein Tisch vollkommen.

Leider war und ist auch heute noch in manchen Städten das Untersuchungszimmer für die Prostituierten ein Stiefkind der Wissenschaft. Wenn irgendwo aber Licht und Luft hingehört, so gehört es in „diesen" Untersuchungsraum; wenn irgendwo nach den Regeln der modernen Untersuchungstechnik

—

untersucht und diagnostiziert werden muß, dann hier, wo der allgemeinen Hygiene so wichtige Dienste geleistet werden.

Das Untersuchungszimmer des Polizeiarztes muß mehr wie jedes andere Untersuchungs- und Behandlungszimmer nach allen Regeln der modernen Anti- und Asepsis eingerichtet sein, einerseits zur Feststellung der Erkrankungen und anderseits, weil die Uebertragungsmöglichkeiten auf den Arzt, auf das Wartepersonal und auf später zu Untersuchende im besonderem Maße vorhanden sind. Durch zweckentsprechende Einrichtungen und zweckentsprechendes Verhalten kann und muß jede Uebertragung unter allen Umständen verhütet werden.

(Lebhafter Beifall!)

Vorsitzender: Wünscht jemand zu diesem Vortrage das Wort zu nehmen? Es ist nicht der Fall. Dann spreche ich im Namen des Vereins Herrn Dr. Dreuw für seine interessanten Ausführungen unseren verbindlichsten Dank aus und schließe die heutige Sitzung.

Nach Schluß der Sitzung: Nachmittags 3 Uhr fand eine **Besichtigung der Jahrhundert-Ausstellung** unter Beteiligung der Damen statt. Hieran schloß sich abends 7 Uhr das **Festessen** im Hauptrestaurant der Jahrhundert-Ausstellung, das die größte Zahl der Teilnehmer mit ihren Damen vereinigte und einen in jeder Weise befriedigenden Verlauf nahm. Den Schluß bildete dann für einen großen Teil ein recht vergnügtes Zusammensein im Alpenpavillon der Ausstellung, Restaurant „Altbayern“.



Zweiter Sitzungstag.

Sonnabend, den 13. September 1913, vormittags 10 Uhr
im Stadtverordnetensaal des Stadthauses.

1. Gesetzlicher Seuchenschutz.

A. Die staatliche Seuchengesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des Auslandes.

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Gumprecht** in Weimar: M. H.! Erst seitdem die Bakteriologie uns den Weg zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten gewiesen hat, gibt es eine zweckentsprechende Seuchengesetzgebung. Die Entdeckung der hauptsächlichen Seuchenerreger fällt aber erst in die letzten drei Jahrzehnte zurück; denn Tuberkulose, Typhus, Cholera und Diphtherie wurden in dem kurzen Zeitraum von 1882 bis 1884 bakteriologisch entdeckt, Ruhr und Genickstarre folgten wesentlich später, und die Spirochäten- und -Protozoen-Erreger sind erst ganz neuerdings bekannt geworden. Zudem dauerte es noch ein oder zwei Jahrzehnte, bis die Lebensbedingungen der neuentdeckten Krankheitserreger und die epidemiologischen Gesetze der Seuchenverbreitung so weit verfolgt waren, daß die Gesetzgebung ihnen mit Erfolg nachgehen konnte. Auch hinken fast alle Gesetze bekanntlich den Tatsachen zeitlich wesentlich nach. So ist es verständlich, daß sich die Seuchengesetzgebungen der meisten Staaten auf den Zeitraum der letzten 2 Jahrzehnte zusammendrängen. Es gab ein wahres Wettrennen der fünf Erdteile, um den neu gewonnenen überraschenden und Erfolg versprechenden Tatsachen Rechnung zu tragen, neue Gesetze zu schaffen oder alte zu verbessern.

So fordert schon der annähernd gleiche Zeitpunkt der Entstehung zu einer Vergleichung der verschiedenen staatlichen Seuchengesetze heraus.

Noch mehr tut dies die Gleichartigkeit dieser Gesetzesmaterie. Das Ziel und die Mittel der Seuchengesetzgebung müssen überall mehr oder weniger gleich sein; die Individualität des Volkes bestimmt nur, in welcher Art und in welchem Grade es sich ihrer bedienen will. Man vergleiche dagegen die Gesetze über Zucker, Erze, Getreide, Zölle, Arbeiterversicherung, Versammlungsrecht, Strafrecht, Zivilrecht, um zu erkennen, wie sehr hier bereits das Objekt der Gesetzgebung in den einzelnen Staaten differiert. Die Medizinalpolizei und namentlich die Seuchenbekämpfung bietet dem Gesetzgeber dagegen überall die gleichen Vorbedingungen; sie ist das prädestinierte Gebiet des internationalen Rechts und der staatlichen Uebereinkünfte. Gerade diese gemeinsame Grundlage aller Seuchengesetze ermöglicht eine vergleichende Würdigung aller daran beteiligten Staaten.

Es ist nun interessant, zu verfolgen, wie die einzelnen Staaten dieses Problem angreifen. Manche fassen täppisch zu, noch in mittelalterlichen Anschauungen von ungeheuren Seuchenzügen und Absperrungen ganzer Landesteile befangen, andere, namentlich in der Kultur jüngere Staaten, differenzieren sorgsam und lassen sich von der fortschreitenden Wissenschaft leiten. Auch politische Momente mischen sich vielfach ein. Mit frischem Anlauf nehmen diese Staaten den Berg von Schwierigkeiten, den die der staatlichen Gewalt mißtrauenden Parlamente den Regierungsentwürfen oft entgegensetzen, und bringen der Staatsidee willig die größten Opfer an persönlicher Freiheit. Andere Staaten zeigen das mit der zunehmenden Kultur untrennbar verbundene Mißtrauen gegen den die Allgemeinheit vertretenden Staat und die trotzige Betonung persönlicher und parteipolitischer Interessen, wie sie die Parlamente in den abendländischen Kulturländern heutzutage offen zur Schau tragen; die Regierungsentwürfe tragen durch mannigfache Beschränkung der Staatswünsche der Parlamentsstimmung bereits Rechnung und werden von den Volksvertretern noch weiter zusammengestrichen.

So kommt es, daß ein Stoff, wie die Seuchengesetzgebung, der vom technischen Standpunkte in der ganzen Welt einheitlich geregelt werden könnte, tatsächlich in den verschiedenen Ländern, je nach ihrer Kultur und ihrer politischen Stellung, eine sehr verschiedene Bearbeitung erfährt.

Bei der Beurteilung dieser verschiedenen Bearbeitungen müssen wir uns vorher über den anzulegenden Maßstab verständigen: Sämtliche Seuchenmaßnahmen sind als Teile der staatlichen Polizeiverwaltung teils positiver, teils negativer Natur; durch die ersteren wird etwas geschaffen, durch die letzteren wird etwas verboten.

Zu den positiven Maßnahmen gehören alle organisatorischen Leistungen, Gesundheitskommissionen, bakteriologische Institute, Bereitstellung des Heilpersonals und der Krankenhäuser, Aufklärung der Bevölkerung, Desinfektionsdienst u. a. In diesen Beziehungen gibt es kaum ein Ueberschreiten des

erlaubten Maßes; es können fast alle staatlichen Maßnahmen, soweit sie in sich zweckmäßig sind, als Fortschritte begrüßt werden.

Die prohibitiven Maßregeln dagegen, die der Sprachgebrauch oft allein als polizeilich bezeichnet, beschränken irgendwo die Rechtssphäre des Individuums zu Gunsten der Allgemeinheit. Sie können an sich zweckmäßig und doch unzulässig sein. Ihnen gegenüber muß ein viel strengerer Maßstab auf ihre Zulässigkeit und Wirkungskraft angelegt werden. Der Staat soll seinen Bürgern das größtmögliche Maß von freier Bewegung belassen; nur wenn der Nutzen für die Allgemeinheit größer ist als die Schädigung des einzelnen oder, umgekehrt ausgedrückt, wenn Nachteile des Gemeinwohls in Frage stehen, die größer sind als die zu ihrer Abwehr benötigten Beschränkungen der persönlichen Freiheiten, nur dann darf der Staat Unterlassungen und Handlungen erzwingen, die nicht in der Interessensphäre jedes einzelnen liegen.

So müssen etwaige Uebertreibungen der Medizinalgesetzgebung auch freimütig als solche gekennzeichnet werden, gerade im Kreise von Medizinalbeamten; denn diese Kreise sind heute in immer zunehmendem Maße berufen, an der Gesetzgebung, die früher fast ausschließlich den juristischen Fachmännern zufiel, aktiv teilzunehmen. So wichtig es bei dieser Tätigkeit auch ist, die volle Energie in der Verfolgung als richtig erkannter Ziele aufzubieten, so notwendig ist es auch, eine gewisse Distanz von den Dingen zu gewinnen und das fachliche Interesse mit dem Interesse der Allgemeinheit ins Gleichgewicht zu setzen. Auch in dieser Beziehung wird die Vergleichung der staatlichen Seuchengesetze manche Förderung bieten; nicht nur auf dem Gebiete der Strafgesetzgebung gibt es einen „Versuch mit untauglichen Mitteln“.

M. H.! Meine Darstellung wird sich ausschließlich auf diejenigen Gesetze und Verordnungen erstrecken, die der Bekämpfung der Seuchen im Inlande dienen. Alle Quarantänegesetze und internationalen Sanitätsübereinkünfte sind außer Betracht gelassen. Es ist dabei meine Aufgabe, nur die außerdeutschen Staaten zu berücksichtigen; das deutsche Seuchengesetz mußte selbstverständlich als Vergleichungsobjekt mit dargestellt werden; dagegen sind die deutschen Bundesstaaten, als bekannt vorausgesetzt, fortgelassen. Ihre Gesetze und Verordnungen sind in der Zeitschrift für Medizinalbeamte vollständig abgedruckt und daher allen Medizinalbeamten leicht zugänglich; außerdem werden diese Bestimmungen von dem Herrn Mitberichterstatter eingehend besprochen werden. In den Schlußergebnissen ist nur dann und wann auf sie vergleichsweise hingewiesen. Die interessanten und charakteristischen Bestimmungen in der Gesetzgebung der einzelnen Länder sind vorzugsweise berücksichtigt; die wörtlichen Zitate beziehen sich ausschließlich auf derartige Paragraphen. Eine lückenlose Vollständigkeit ist

nicht erstrebt worden; sie hätte die Darstellung unerträglich schwerfällig gemacht.

Als Literaturquellen dienten hauptsächlich die Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes (Berlin, Springer, seit 1883), vereinzelt auch die deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, für die Tuberkulosegesetzgebung die Zeitschrift „Tuberculosis". Eine gute Sammlung von Gesetzen ist auch in den amtlichen Denkschriften zum deutschen und zum österreichischen Seuchengesetz enthalten (für Oesterreich: Nr. 22 der Beilagen zu den stenograph. Protokollen des Herrenhauses — XXI. Session 1911). Außerdem hat mir Herr Rapmund die Korrekturbogen des demnächst erscheinenden zweiten Teiles seines Werkes „Das Oeffentliches Gesundheitswesen" freundlichst zur Verfügung gestellt.

Deutschland: Das deutsche Gesetz „betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten" vom 30. Juni 1900 macht Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken anzeigepflichtig, und zwar den Krankheitsverdacht, die Krankheit und den Todesfall. Zur Anzeige ist in erster Linie der Arzt verpflichtet; im Mangel dessen treten nacheinander ein der Haushaltungsvorstand, die Pflegeperson, der Wohnungsinhaber und der Leichenschauer. Unter den Pflegepersonen ist auch jede mit der Behandlung des Kranken beschäftigte Person, also auch der Kurpfuscher, einbegriffen, eine zweifellos zweckmäßige Bestimmung des Gesetzes. Die Erweiterung der Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten kann durch Bundesratsbeschluß erfolgen; da der Bundesrat aber mehrere Monate Ferien hat und seine Mitglieder immer erst Regierungsinstruktionen einholen müssen, so liegt hier eine unwillkommene Schwerfälligkeit des Verfahrens vor.

Zur Ermittelung der Krankheit ist der beamtete Arzt bestimmt, dem der Zutritt zum Kranken oder zur Leiche soweit zusteht, als er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält. Diese durch die Reichstagskommission erfolgte Einschränkung der Funktion des beamteten Arztes ist unbedenklich, weil selbstverständlich. Der behandelnde Arzt ist nur berechtigt, den Untersuchungen beizuwohnen; bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt selbständig Anordnungen treffen, andernfalls tut es die Polizeibehörde. Amtliche Leichenschau kann in Epidemiezeiten angeordnet werden. Eine Resolution der Reichstagskommission auf allgemeine obligatorische Leichenschau ist vom Reiche nicht berücksichtigt und auch von den Einzelstaaten nur in geringem Maße erfüllt.

Als Schutzmaßregeln sind folgende vorgesehen:

Beobachtung kranker, krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen, aber ohne Freiheitsbeschränkung;

Meldepflicht für zureisende Personen aus verdächtigen Bezirken;

Absonderung für kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen (hier ist vom Reichstag der Zentrumsantrag aufgenommen, wonach Angehörigen- und Urkundspersonen der Zutritt zum Kranken gestattet ist); Krankenhauszwang kann durch den beamteten Arzt ausgesprochen werden, dem behandelnden Arzt steht aber ein Vetorecht zu (!);

Kenntlichmachung von Wohnungen und Häusern, in denen sich erkrankte Personen befinden; Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal;

Verhütungsmaßregeln im gewerblichen Leben und Verbot der Abhaltung von Märkten, Messen und Versammlungen;

Verbot der Benutzung von Brunnen, Teichen, Wasserleitungen, Badeanstalten, sowie Räumung von Wohnungen;

Desinfektion;

Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen.

Für Gegenstände, die durch Desinfektion beschädigt werden, wird auf Antrag Entschädigung gewährt; auch erhalten wirtschaftlich unselbständige Personen, falls sie abgesondert werden, Entschädigung für den entgangenen Arbeitsverdienst. Diese Entschädigungen sind durch den Reichstag in das Gesetz erst hineinbeschlossen.

Die Strafvorschriften sind ziemlich streng und gehen bis 1500 M. Geldstrafe und Freiheitsstrafe von 3 Jahren. Wer in der praktischen Seuchenbekämpfung mitten drin steht, wird diese weitgehende Strafbefugnis für begründet halten.

Ferner gibt das deutsche Seuchengesetz noch einige allgemeine Vorschriften: Die Gemeinden können zur Herstellung prophylaktischer Einrichtungen angehalten werden, aber wie ein Kommissionszusatz bestimmt hat, „nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit"; außerdem wird durch das Gesetz ein Reichsgesundheitsrat gebildet.

Zu den gesetzlichen Bestimmungen Deutschlands gehören dann die ausgezeichneten Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung der einzelnen Krankheiten und die vorzüglich ausgearbeitete Desinfektionsanweisung vom Jahre 1907. — Auch die Wirkung der Reichsversicherungsordnung und der Privatangestelltenversicherung, beide vom Jahre 1911, macht sich in der Seuchenbekämpfung vorteilhaft bemerkbar, namentlich in der Bekämpfung der Tuberkulose, die zwar nicht im Reichsseuchengesetz, wohl aber im Reichsetat (100000 M. jährlich) Berücksichtigung gefunden hat.

Wenn man eine Würdigung des deutschen Reichsgesetzes geben will, so kann man ihm nur hohe Anerkennung zollen. Die Begriffe der Beobachtung und der Ermittlung sind in keinem früheren Gesetze so klar zum Ausdruck gekommen. Die Berücksichtigung des Krankheitsverdachtes in der Anzeigepflicht und in den Schutzmaßnahmen ist ebenfalls fast allen anderen Gesetzen fremd. In den einzelnen „Anweisungen", namentlich aber in der Desinfektionsanweisung, sind die gesetzlichen Bestimmungen durchaus auf der Höhe der Wissenschaft. Die Initiative des beamteten Arztes ist gut herausgearbeitet. Das Maßhalten in den Anordnungen, die Absonderung im eigenen Hause, aber erforderlichenfalls im Krankenhause, sind durchaus

zu billigen, wenn auch das Vetorecht des praktischen Arztes in einzelnen Fällen mißbraucht werden kann. Der Hauptmangel des Gesetzes besteht in seiner Beschränkung auf die ausländischen Krankheiten; die Folge davon ist eine buntscheckige Gesetzgebung der einzelnen Bundesstaaten gegenüber den inländischen Krankheiten.

Deutsch-Ostafrika und Südwestafrika: Die Verordnung des Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika vom 1. Juli 1912 ist nichts weiter als eine kurzgefaßte Wiedergabe des deutschen Gesetzes, aber ohne allen Ballast und ohne allen Einschränkungen sowie mit Einschluß der inländischen Krankheiten. In der Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten treten Lungen- und Kehlkopftuberkulose (ohne irgendeine Einschränkung), Malaria, Bilharziosis u. a. auf. Der Arzt kann Grundstücke und Gebäude betreten, unbewegliche und bewegliche Habe besichtigen, Menschen und Leichen untersuchen. — Als zulässige Schutzmaßnahmen seien kurz aufgeführt: Beobachtung und Absonderung, Verkehrsbeschränkungen für gesunde Personen, Desinfektion, Verbot des Verkaufs von Gegenständen, Vernichtung gesundheitsschädlicher Nahrungsmittel, Räumung und Sperrung von Gebäuden oder von einzelnen Räumen bis zur erfolgten Desinfektion, Sperrung von Brunnen, Teichen, Wasserplätzen und Aborten, Vertilgung von Tieren, die Seuchen verbreiten.

Beinahe noch absolutistischer (im guten Sinne) ist die Verordnung für Deutsch-Südwestafrika vom 27. Mai 1913, die nur entsprechend den neueren süddeutschen Verordnungen den übrigens nicht zu beanstandenden Zusatz enthält: bei der Wahl der Maßregeln ist darauf zu achten, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falls zu weitgehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird.

Oesterreich: Das österreichische Gesetz stimmt von allen fremdländischen Gesetzen in der Struktur am meisten mit dem deutschen Gesetz überein. Die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten enthält die ausländischen Krankheiten des deutschen und die inländischen Krankheiten des (hier nicht zu besprechenden) preußischen Gesetzes, aber mit Ausschluß von Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Fleischvergiftung und Trichinose. Die Erweiterung der Krankheitsliste erfolgt durch Verordnung allgemein oder zeitlich und räumlich getrennt (sehr gut!) Bei jeder Krankheit ist auch der Verdacht anzuzeigen (sehr weitgehend!), nur ist ausdrücklich der Verdacht von Wochenbettfieber ausgenommen; gerade diese Ausnahme ist aber medizinisch unbegründet. Die anzeigepflichtigen Personen sind fast dieselben wie im deutschen Reichsgesetz, nur daß der Kurpfuscher fehlt, was in Oesterreich weniger schwer wiegt, da ein gesetzliches Kurpfuschereiverbot besteht. — Für die gefährlicheren Krankheiten ist neben der Anzeige an den Gemeindevorstand noch eine zweite sofortige Anzeige

durch Telegraph oder Telephon oder Boten an die politische Landesbehörde vorgeschrieben; da diese auch bei Verdacht auf Scharlach, Diphtherie, Trachom erstattet werden muß, so wird sie die Aerzte und Behörden nicht unbedeutend belasten. Auffallender Weise erstreckt sich diese Vorschrift nicht auf den Typhus.

Ermittlungen sind wie in Deutschland, aber auch bei jedem Verdachtsfall einer inländischen Krankheit vorgeschrieben; die tunlichste Benutzung bakteriologischer Institute ist hier zum ersten Male in einem Gesetze festgelegt (und zwar durch einen Zusatzbeschluß des Herrenhauses). Der beamtete Arzt hat bei diesen Ermittlungen unbeschränkten Zutritt zum Kranken und zur Leiche, in bestimmten Fällen kann sogar eine Hausdurchsuchung auf Infektionskranke ähnlich wie auf Verbrecher vorgenommen werden.

Unter den Schutzmaßnahmen sind ausdrücklich genannt: Absonderung, Krankenhausüberführung (diese nur durch etwaige Gefahr für den Kranken eingeschränkt, die aber der beamtete Arzt zu ermessen hat), Desinfektion, nach Erfordernis unter fachmännischer Leitung (diese Bestimmung fehlt in Deutschland), Ausschluß von Schülern und Kindergärteninsassen, Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Badeanstalten, Aborten, Kanälen, Teichen, Wasserleitungen, Beschränkungen des Lebensmittelverkehrs, Verbot von Totenfeierlichkeiten vor Durchführung der Desinfektion, Verbringung der Leichen in Leichenkammern (das sind die ganzen Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen), Vertilgung von Tieren, Verbot von Versammlungen, Meldepflicht zureisender Personen, Schließung von Lehranstalten, Betriebsbeschränkung oder Schließung gewerblicher Unternehmungen in weitgehendem Maße, Kennzeichnung von Häusern und Wohnungen (letztere beiden Maßnahmen allerdings leider nicht beim Typhus), Räumung von Wohnungen, Sperrung von Ortschaften. Besonders weitgehend sind die Schutzmaßnahmen gegenüber den Bazillenträgern. In dieser Beziehung steht Oesterreichs Vorbild in der Welt so gut wie unerreicht da; deshalb sei auch der Wortlaut des Paragraphen hier wiedergegeben:

„Personen, die als Träger von Krankheitskeimen einer anzeigepflichtigen Krankheit anzusehen sind, können einer besonderen sanitätspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden. Zu diesem Zweck kann diesen Personen eine besondere Meldepflicht auferlegt und kann die periodische ärztliche Untersuchung dieser Personen, erforderlichenfalls die Desinfektion und Absonderung in ihrer Wohnung angeordnet werden; ist die Absonderung in der Wohnung in zweckmäßiger Weise nicht durchführbar, so kann die Absonderung in eigenen Räumen verfügt werden. Bezieht sich der Ansteckungsverdacht auf die Uebertragung von Flecktyphus, Blattern, Cholera, Pest, so ist die sanitätspolizeiliche Beobachtung und Ueberwachung der ansteckungsverdächtigen Person jedenfalls durchzuführen.“

Ein den Aerztestand interessierender Paragraph besagt, daß, wenn in einem Epidemiegebiete die vorhandenen Aerzte zu einer wirksamen Bekämpfung der Krankheit nicht ausreichen, besondere Epidemie-Aerzte bestellt werden können; wohl-

gemerkt, zur Behandlung der Kranken, nicht etwa bloß als Medizinalpolizei. Die Kosten übernimmt der Staat; die Bestellung liegt anscheinend der Gemeinde ob. Als Vorbild für diesen Paragraphen hat offenbar die öffentliche Behandlung in Dänemark gedient; charakteristisch ist, daß in Deutschland keine ähnliche Bestimmung existiert, sondern daß die ärztliche Hilfe überall als vorhanden angenommen wird.

Noch wichtiger für den Aerztestand ist folgende Bestimmung des österreichischen Gesetzes: Wenn ein Arzt, der vermöge seiner dauernden oder vorübergehenden Verwendung im öffentlichen Sanitätsdienst zur Mitwirkung bei der Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit berufen ist, hierbei berufsunfähig wird oder den Tod findet, so gebühren ihm und im Falle seines Ablebens seinen Hinterbliebenen Ruhe- und Versorgungsgenüsse wie den Staatsbeamten der mittleren Klassen nach 10jähriger Dienstzeit. — Nur ganz ausnahmsweise findet sich eine dem ähnliche Bestimmung in den Seuchengesetzen der modernen Staaten.

Für solche Gebiete, denen die Einschleppung einer Infektionskrankheit aus dem Ausland droht, können besondere Meldevorschriften angeordnet werden. Nach der dem Gesetze beigegebenen Denkschrift denkt man hier daran, nach dem Muster von Italien den Ankömmlingen aus verseuchten Ländern bei der sanitären Revision eine Art Sanitätspaß mitzugeben und sie zu verpflichten, sich nach der Ankunft am Reiseziel beim Gemeindevorstand zu melden, so daß sie bei vollkommener Bewegungsfreiheit doch zunächst einer wirksamen Ueberwachung unterstehen.

Die Entschädigungen und Kostenübernahmen seitens des Staates gehen in Oesterreich weiter als in den meisten anderen Staaten; eine Beschränkung der Entschädigung auf wirtschaftlich Schwache im Regierungsentwurf wurde von den Parlamenten gestrichen. Die Entschädigung bezieht sich nur auf durch Desinfektion beschädigte Gegenstände, nicht dagegen auf entgangenen Arbeitsverdient; dafür zahlt der Staat aber die Kosten der zweiten Anzeige, der ganzen Ermittelungen, der Tiervertilgung, der Ueberwachung ansteckungsverdächtiger Personen, der Auslogierung von Bewohnern infizierter Häuser, der Sperrung von Ortschaften, der Epidemieärzte und der den Aerzten sowie deren Hinterbliebenen zukommenden Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Das österreichische Gesetz ist nämlich, wie schon hervorgehoben, eines der wenigen, das den Aerzten Pension und Reliktenversorgung gewährt, wenn sie im Seuchendienst erkranken. Endlich zahlt der Staat noch Prämien und Vergütungen für besondere Leistungen bei der Seuchenbekämpfung, wie sie das Gesetz als zulässig vorgesehen hat.

Nicht ohne Bedeutung für die Zukunft ist das Verhalten Oesterreichs zu der Frage der Honorierung ärztlicher Anzeigen, wie sie von den Standesorganisationen der Aerzte jetzt häufig gefordert und tatsächlich von einigen Staaten ge-

paratorin, einen größeren Schrank aus weiß emailliertem Eisen und Glas zur Aufnahme der Instrumente, Farblösungen usw. Ferner eine aseptische Waschanlage in gleicher Ausführung wie die im Untersuchungsraum befindliche, ein Ausgußbecken mit Ventilhahn, einen kleinen Universal-Apparat für Brut-

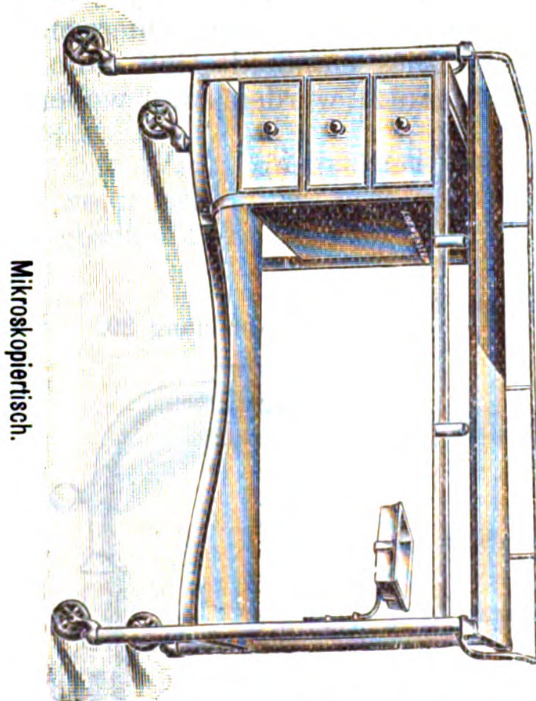
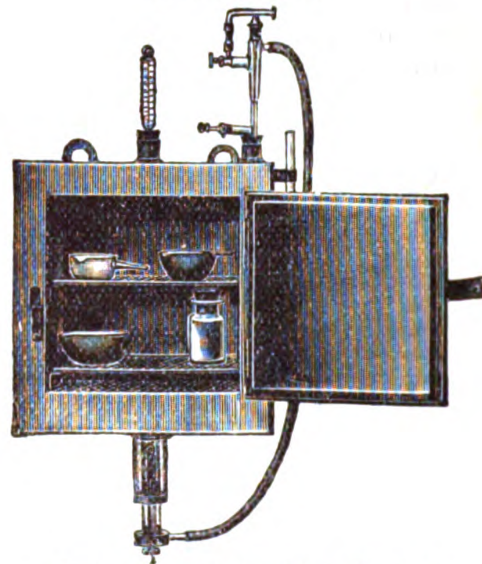


Abbildung 30.

Mikroskopiertisch.

Abbildung 31.

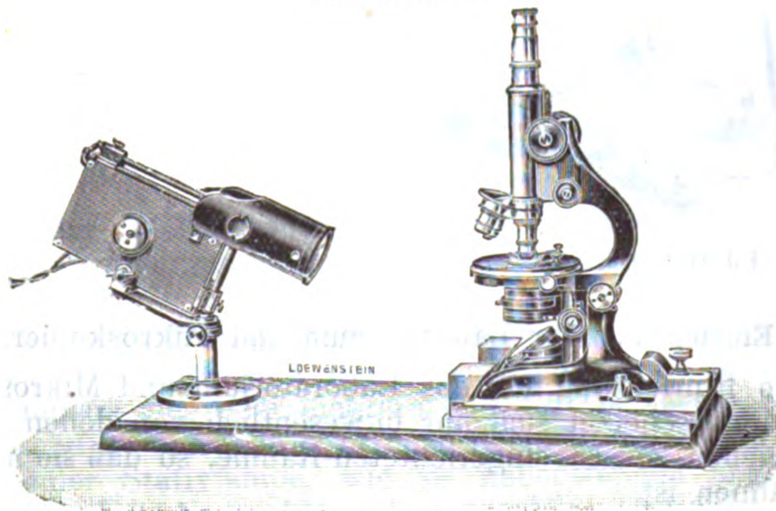


Brutzwecke und Heissluftsterilisation.

zwecke und Trockensterilisierung (Abbild. 31), eine Konsole für Gläser usw., sowie eine solche für Bücher. In dem ausgestellten Musterzimmer waren ferner vorhanden:

Ein Mikroskop mit Oelimmersion und Dunkelfeldbeleuchtung[1]) für Spirochäten-Untersuchung (Abbild. 32), Koch- und Färbegeräte für die

Abbildung 32.



Mikroskop mit Dunkelfeldbeleuchtung.

---

[1]) Die in Fig. 32 abgebildete Beleuchtungsvorrichtung bewährt sich wegen der intensiven Leuchtkraft besonders gut.

Objektträger und Farben, sowie Reagentien für die Gonokokken-, Spirochäten- und Streptobazillen-Untersuchung. Hierfür kommen in Betracht: Löfflers Methylenblau zur Färbung der Gonokokken, Eosin conc. zur Gegenfärbung, Gentianaviolett zum Färben der Gonokokken bei der Gramschen Färbung, Anilinoelwasser-Gentianaviolett zum Färben der Gonokokken, Polychrom-Methylenblau zum Färben der Erreger des Trippers und weichen Schankers, Lugolsche Lösung als Beize bei der Färbung der Gonokokken nach Gram, Pappenheimsche Lösung zum Färben der Erreger des Trippers und Schankers, Alcohol absol. zum Entfärben bei der Gramschen Färbung, ferner chinesische Tusche. Das Mikroskopierzimmer ist durch Telefon mit den Untersuchungszimmern verbunden.

In dem Buche von Leonard: „Die Prostitution, ihre hygienische, sanitäre, sittenpolizeiliche und gesetzliche Bekämpfung“ [1]) heißt es auf Seite 169:

„So verlangt auch der preußische Ministerialerlaß vom Jahre 1898, daß während der Untersuchung eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräte anwesend sein müsse. Diese Person braucht der Untersuchungsarzt ebenso notwendig, wie der Operateur einen Assistenten. Sie besorgt die Reinigung und Ordnung des Untersuchungslokales, reicht die Instrumente dem Arzt, reinigt und desinfiziert sie wieder zum weiteren Gebrauch. Es ist eben ziemlich unmöglich, für jede einzelne Dirne einen Spiegel und einen Spatel zu halten bei der Anzahl der jedesmal zu einem Untersuchungstermin erscheinenden Prostituierten. Bei genügendem Vorhandensein der notwendigen Instrumente läßt sich während der Untersuchung ganz gut eine frische Desinfizierung der gebrauchten Instrumente zum frischen Gebrauch wieder durchführen. Ob die zurzeit in Dresden geübte Gepflogenheit, daß jede Prostituierte ihren eigenen Spatel sowohl, als auch Spiegel zur Untersuchung mitbringt, praktisch und gut ist, bezweifle ich, da auf diesem Wege wohl kaum eine ausreichende Sterilisation der einzelnen Instrumente zu erzielen ist, letztere auch häufig unter den Dirnen zum Gebrauch verliehen würden.“

Wenn ein auf dem Gebiete der Prostitution so bewanderter Fachmann wie Leonard schreibt, es wäre nicht möglich, für jede einzelne Dirne ein besonderes Instrument zu halten, so ist diese lediglich theoretische Meinung durch die Praxis heute überholt in einer Stadt, in der täglich die meisten Prostituiertenuntersuchungen von allen Städten Deutschlands stattfinden.

Ich habe bisher die rein technische Seite der Puellen-Untersuchung behandelt und möchte der Vollständigkeit halber kurz den in Berlin angewandten Modus der Untersuchung schildern. Wer sich für die gesetzlichen Vorschriften und gesetzlichen Unterlagen dieser Untersuchung interessiert, den verweise ich auf die ausführliche Schilderung, die Herr Kriminalinspektor Penzig (Berlin) [2]) in dem Aufsatz: „Die Bekämpfung der Gewerbsunzucht durch die Sittenpolizei“ gegeben hat, und auf „Sittenpolizei und Hygiene der Prostitution“ von Dr. Güth. [3]) Die kontrollierten Puellen, die sich wöchentlich oder monatlich im regelmäßigen Turnus stellen, sind je nach dem Alter, der Zeit der letzten Syphilis-Ansteckung und der Dauer der Unterkonstrollstellung eingeteilt in drei Klassen, von denen die der ersten Klasse wöchentlich zweimal, die der zweiten Klasse wöchentlich einmal, die der dritten Klasse alle 14 Tage

[1]) Ernst Reinhardts Verlag, Leipzig, 1912.
[2]) Verlag „Gesetz und Recht“, Breslau, Bischoffstr. 12.
[3]) Zeitschr. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1907, Bd. 6, Nr. 3.

einmal untersucht werden. Die Prostituierten treten mit entblößten Oberkörper vor und werden nach der Untersuchung des Mundes und des Oberkörpers, des Kopfes und der oberen Extremitäten dann auf dem Untersuchungsstuhl untersucht, woraufhin, wenn es notwendig erscheint, die unteren Extremitäten noch einer Untersuchung unterzogen werden. Der beste Modus ist der, daß die Puellen aus einem Ankleidezimmer nackt zur Untersuchung erscheinen, da sonst namentlich Erkrankungen in der Gegend der Hüfte leicht übersehen werden können. Der klinische und mikroskopische Befund wird dann in das Gestellungsbuch und in das Hauptbuch eingetragen. Die krank befundenen Puellen werden mit Angabe der Diagnose, die auf zwei Begleitschreiben geschrieben wird, dem Krankenhaus überwiesen. Einige werden auch, wenn der Arzt und die Behörde es für richtig befinden, in Außenbehandlung (A.-B.) in den Berliner Polikliniken, die sich zur Behandlung bereit erklären, aufgenommen. Für die Außenbehandlung kommen hauptsächlich die weniger ansteckenden Fälle und solche in Betracht, bei denen aus Gründen der Persönlichkeit oder aus sozialen Gründen eine Krankenhausbehandlung vorläufig definitiv nicht angängig ist. Die Vorteile und Nachteile dieser Außenbehandlung sind des näheren erwähnt in den Arbeiten von Penzig und Güth.

In Berlin untersteht die Sittenpolizei der durch einen Oberregierungsrat geleiteten Abteilung IV des Polizei-Präsidiums. Als Vorsteher der Exekutive und Verwaltung fungiert ein Kriminalinspektor. Die exekutiven und bureaumäßigen Verwaltungsgeschäfte werden von 5 Kriminalkommissaren in ebensovielen Dezernaten bearbeitet.

Oertlich ist die Sittenpolizei in 13 Bezirke eingeteilt, die mit zusammen 13 Kriminalwachtmeistern und 181 Kriminalschutzmännern besetzt sind.

In der Registratur sind beschäftigt 8 Polizeisekretäre, deren einer die Geschäfte des Registraturvorstehers wahrnimmt, und 6 Bureauhilfsarbeiter. Die Kanzleiarbeiten erledigen 2 Kanzlisten.

Die ärztlichen Untersuchungen werden von 8 Aerzten vorgenommen, von denen etwa die Hälfte spezialistisch vorgebildete Venerologen sind. Erstmalig zur Untersuchung gelangende Mädchen werden durch eine Aerztin untersucht. Zur technischen Herstellung der mikroskopischen Präparate sind 4 Präparatorinnen eingestellt. Die Aufsicht über die Handhabung des gesamten Untersuchungsdienstes übt der Reg.- und Med.-Rat der Abteilung I des Polizeipräsidiums aus.

In die Rettungsarbeit an den Gefallenen teilen sich drei für diesen Dienstzweig besonders vorgebildete weibliche Kräfte, denen im Bedarfsfalle die werktätige Beratung durch einen bestimmten Geistlichen offensteht.

Die bisher beschriebenen technischen Vorschläge betrafen das in Dresden seitens des Königlichen Polizeipräsidiums ausgestellte Projekt einer Mustereinrichtung für die polizeiärztliche Untersuchung nach meinen Angaben. Von diesen Vorschlägen sind hauptsächlich die Zentralsterilisierung und die Beleuch-

tungsvorrichtung in Berlin eingeführt worden. Fig. 2 und 3 zeigen die Zentralsterilisierungsanlage, die zur vollsten Zufriedenheit aller beteiligten Faktoren funktioniert. Ferner sieht man die in Fig. 28 und 29 beschriebene Beleuchtungsvorrichtung, die in diagnostischer Beziehung jeder Kritik gerecht wird.

Wenn man bedenkt, daß in Berlin vor noch nicht vielen Jahren keine obligatorische Gonokokkenuntersuchung stattfand, und daß durch die Neuregelung des ärztlichen Dienstes, namentlich durch die 14tägige obligatorische Gonokokkenuntersuchung (August 1911) heute täglich allein durchnittlich über 200 Gonokokken-Präparate untersucht werden, daß durch die getroffenen Maßnahmen allein im Jahre 1911 1500 Prostituierte mehr dem Krankenhaus überwiesen wurden, als im Jahre 1910, so ist ohne weiteres ein großer Fortschritt in den letzten Jahren zu konstatieren.

Die folgenden Tabellen, die lediglich, ohne erschöpfend zu sein, der Information und der Uebersicht wegen erwähnt werden, geben wenigstens einen oberflächlichen Ueberblick über die täglich, monatlich und jährlich bei der Berliner Sittenpolizei geleistete Arbeit und die Erfolge der systematisch durchgeführten Untersuchungen, wenngleich zu einer definitiven Beurteilung, ob eine Assanierung der Prostituierten stattgefunden, noch jahrelange Beobachtung und Sichtung des Materials gehört.

1911

Monate	Monatszahl der werktäglichen Untersuchungen	Monatszahl der werktäglichen Präparate	Prozentzahl der positiven Präparate
Januar	5880	255	4,34 %
Februar	5643	229	4,06 „
März	6301	247	3,92 „
April	6901	243	3,52 „
Mai	6703	294	4,38 „
Juni	7019	225	3,21 „
Juli	8916	271	3,08 „
Einführung der 14 tägigen Untersuchungen auf Gonokokken.			
August	9436	334	3,54 „
September	8940	251	2,81 „
Oktober	8967	245	2,73 „
November	9320	234	2,51 „
Dezember	8023	163	2,41 „
1912			
Januar	8502	221	2,61 „
Februar	7978	171	2,14 „
März	8158	198	2,42 „
April	7765	172	2,21 „
Mai	7384	194	2,63 „
Juni	7480	192	2,57 „
Juli	9030	206	2,28 „
August	8128	211	2,75 „
September	7355	161	2,19 „
Oktober	7862	158	2,01 „
November	7481	164	2,19 „
Dezember	6753	145	2,13 „

Eines geht aus diesen Tabellen aber bestimmt hervor, daß, nachdem im Juli/August 1911 die obligatorische 14tägige Gonokokkenuntersuchung eingeführt wurde (d. h. von jeder Puella der ersten und zweiten Gefahrenklasse wird alle 14 Tage ein Gonokokkenpräparat der Urethra (u) und der Cervix (c) entnommen) der Prozentsatz der positiven Gonokokkenpräparate von 4,34 % im Januar 1911 allmählich auf etwas über 2 % im Jahre 1912 gesunken ist. Dieser Prozentsatz ist nun im Jahre 1912 ziemlich konstant geblieben, ein Zeichen dafür, daß durch die Neuordnung ein wenigstens annähernd konstantes Herausfinden der gonorrhoekranken Puellen und ein annäherndes Konstantbleiben der Zahl der dem Krankenhause überwiesenen Puellen erzielt wird.

Die Untersuchung der Präparate durch Präparatorinnen der besseren Gesellschaftsklasse hat sich in Berlin ausgezeichnet bewährt, da der Arzt von dem rein technischen Beiwerk entlastet ist und durch die Arbeitsteilung viel Zeit gewonnen hat. Trotz der von der Behörde eingeführten Stichproben durch die Aerzte hat sich niemals eine Fehldiagnose der Präparatorinnen feststellen lassen.

Die heutige technische Einrichtung der Berliner Sittenpolizei wird beinahe allen hygienischen Forderungen gerecht, die man billigerweise stellen kann, und von der Behörde auch fernerhin noch vervollkommnet werden.

Bis jetzt sind in Berlin hauptsächlich die Zentralsterilisierung, eingerichtet für ca. 500 Specula und ca. 500 Mundspatel (vergl. Abbildung 1, 2, 3, 13, 14), die Reservesterilisierung (Abbildung 7), die Ventilation (Fig. 1), die Beleuchtungsvorrichtung (Fig. 2, 28, 29), die Verbrennung der Abfälle (Fig. 6) und die systematisch durchgeführte Asepsis in je 4 Zimmern, was Fußboden, Decke und Wände betrifft, durchgeführt, ferner die systematische mikroskopische Gonorrhoe- und Syphilis-Untersuchung. Will man darüber hinausgehen, um weiteren spezialistischen Forderungen Rechnung zu tragen, so kommen die übrigen in dieser Abhandlung empfohlenen Untersuchungsmethoden in Frage, die, ohne erschöpfend zu sein, immerhin eine Uebersicht über die technischen Hilfsmittel geben.

An dieser Stelle möchte ich nicht verfehlen zu erwähnen, was mir Herr Professor von Zeissl, Wien, bei der Demonstration der Dresdener Ausstellung (Fig. 1) angesichts der strikt durchgeführten hygienischen Technik mitteilte, daß man vor mehr als 50 Jahren seinem Vater auf seinen Antrag, ihm einen Untersuchungsstuhl anzuschaffen, mitgeteilt habe, für „diese" Untersuchung genüge ein Tisch vollkommen.

Leider war und ist auch heute noch in manchen Städten das Untersuchungszimmer für die Prostituierten ein Stiefkind der Wissenschaft. Wenn irgendwo aber Licht und Luft hingehört, so gehört es in „diesen" Untersuchungsraum; wenn irgendwo nach den Regeln der modernen Untersuchungstechnik

untersucht und diagnostiziert werden muß, dann hier, wo der allgemeinen Hygiene so wichtige Dienste geleistet werden.

Das Untersuchungszimmer des Polizeiarztes muß mehr wie jedes andere Untersuchungs- und Behandlungszimmer nach allen Regeln der modernen Anti- und Asepsis eingerichtet sein, einerseits zur Feststellung der Erkrankungen und anderseits, weil die Uebertragungsmöglichkeiten auf den Arzt, auf das Wartepersonal und auf später zu Untersuchende im besonderem Maße vorhanden sind. Durch zweckentsprechende Einrichtungen und zweckentsprechendes Verhalten kann und muß jede Uebertragung unter allen Umständen verhütet werden.

(Lebhafter Beifall!)

Vorsitzender: Wünscht jemand zu diesem Vortrage das Wort zu nehmen? Es ist nicht der Fall. Dann spreche ich im Namen des Vereins Herrn Dr. Dreuw für seine interessanten Ausführungen unseren verbindlichsten Dank aus und schließe die heutige Sitzung.

Nach Schluß der Sitzung: Nachmittags 3 Uhr fand eine **Besichtigung der Jahrhundert-Ausstellung** unter Beteiligung der Damen statt. Hieran schloß sich abends 7 Uhr das **Festessen** im Hauptrestaurant der Jahrhundert-Ausstellung, das die größte Zahl der Teilnehmer mit ihren Damen vereinigte und einen in jeder Weise befriedigenden Verlauf nahm. Den Schluß bildete dann für einen großen Teil ein recht vergnügtes Zusammensein im Alpenpavillon der Ausstellung, Restaurant „Altbayern“.



Zweiter Sitzungstag.

Sonnabend, den 13. September 1913, vormittags 10 Uhr
im Stadtverordnetensaal des Stadthauses.

1. Gesetzlicher Seuchenschutz.

A. Die staatliche Seuchengesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung des Auslandes.

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Gumprecht** in Weimar: M. H.! Erst seitdem die Bakteriologie uns den Weg zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten gewiesen hat, gibt es eine zweckentsprechende Seuchengesetzgebung. Die Entdeckung der hauptsächlichen Seuchenerreger fällt aber erst in die letzten drei Jahrzehnte zurück; denn Tuberkulose, Typhus, Cholera und Diphtherie wurden in dem kurzen Zeitraum von 1882 bis 1884 bakteriologisch entdeckt, Ruhr und Genickstarre folgten wesentlich später, und die Spirochäten- und -Protozoen-Erreger sind erst ganz neuerdings bekannt geworden. Zudem dauerte es noch ein oder zwei Jahrzehnte, bis die Lebensbedingungen der neuentdeckten Krankheitserreger und die epidemiologischen Gesetze der Seuchenverbreitung so weit verfolgt waren, daß die Gesetzgebung ihnen mit Erfolg nachgehen konnte. Auch hinken fast alle Gesetze bekanntlich den Tatsachen zeitlich wesentlich nach. So ist es verständlich, daß sich die Seuchengesetzgebungen der meisten Staaten auf den Zeitraum der letzten 2 Jahrzehnte zusammendrängen. Es gab ein wahres Wettrennen der fünf Erdteile, um den neu gewonnenen überraschenden und Erfolg versprechenden Tatsachen Rechnung zu tragen, neue Gesetze zu schaffen oder alte zu verbessern.

So fordert schon der annähernd gleiche Zeitpunkt der Entstehung zu einer Vergleichung der verschiedenen staatlichen Seuchengesetze heraus.

Noch mehr tut dies die Gleichartigkeit dieser Gesetzesmaterie. Das Ziel und die Mittel der Seuchengesetzgebung müssen überall mehr oder weniger gleich sein; die Individualität des Volkes bestimmt nur, in welcher Art und in welchem Grade es sich ihrer bedienen will. Man vergleiche dagegen die Gesetze über Zucker, Erze, Getreide, Zölle, Arbeiterversicherung, Versammlungsrecht, Strafrecht, Zivilrecht, um zu erkennen, wie sehr hier bereits das Objekt der Gesetzgebung in den einzelnen Staaten differiert. Die Medizinalpolizei und namentlich die Seuchenbekämpfung bietet dem Gesetzgeber dagegen überall die gleichen Vorbedingungen; sie ist das prädestinierte Gebiet des internationalen Rechts und der staatlichen Uebereinkünfte. Gerade diese gemeinsame Grundlage aller Seuchengesetze ermöglicht eine vergleichende Würdigung aller daran beteiligten Staaten.

Es ist nun interessant, zu verfolgen, wie die einzelnen Staaten dieses Problem angreifen. Manche fassen täppisch zu, noch in mittelalterlichen Anschauungen von ungeheuren Seuchenzügen und Absperrungen ganzer Landesteile befangen, andere, namentlich in der Kultur jüngere Staaten, differenzieren sorgsam und lassen sich von der fortschreitenden Wissenschaft leiten. Auch politische Momente mischen sich vielfach ein. Mit frischem Anlauf nehmen diese Staaten den Berg von Schwierigkeiten, den die der staatlichen Gewalt mißtrauenden Parlamente den Regierungsentwürfen oft entgegensetzen, und bringen der Staatsidee willig die größten Opfer an persönlicher Freiheit. Andere Staaten zeigen das mit der zunehmenden Kultur untrennbar verbundene Mißtrauen gegen den die Allgemeinheit vertretenden Staat und die trotzige Betonung persönlicher und parteipolitischer Interessen, wie sie die Parlamente in den abendländischen Kulturländern heutzutage offen zur Schau tragen; die Regierungsentwürfe tragen durch mannigfache Beschränkung der Staatswünsche der Parlamentsstimmung bereits Rechnung und werden von den Volksvertretern noch weiter zusammengestrichen.

So kommt es, daß ein Stoff, wie die Seuchengesetzgebung, der vom technischen Standpunkte in der ganzen Welt einheitlich geregelt werden könnte, tatsächlich in den verschiedenen Ländern, je nach ihrer Kultur und ihrer politischen Stellung, eine sehr verschiedene Bearbeitung erfährt.

Bei der Beurteilung dieser verschiedenen Bearbeitungen müssen wir uns vorher über den anzulegenden Maßstab verständigen: Sämtliche Seuchenmaßnahmen sind als Teile der staatlichen Polizeiverwaltung teils positiver, teils negativer Natur; durch die ersteren wird etwas geschaffen, durch die letzteren wird etwas verboten.

Zu den positiven Maßnahmen gehören alle organisatorischen Leistungen, Gesundheitskommissionen, bakteriologische Institute, Bereitstellung des Heilpersonals und der Krankenhäuser, Aufklärung der Bevölkerung, Desinfektionsdienst u. a. In diesen Beziehungen gibt es kaum ein Ueberschreiten des

erlaubten Maßes; es können fast alle staatlichen Maßnahmen, soweit sie in sich zweckmäßig sind, als Fortschritte begrüßt werden.

Die prohibitiven Maßregeln dagegen, die der Sprachgebrauch oft allein als polizeilich bezeichnet, beschränken irgendwo die Rechtssphäre des Individuums zu Gunsten der Allgemeinheit. Sie können an sich zweckmäßig und doch unzulässig sein. Ihnen gegenüber muß ein viel strengerer Maßstab auf ihre Zulässigkeit und Wirkungskraft angelegt werden. Der Staat soll seinen Bürgern das größtmögliche Maß von freier Bewegung belassen; nur wenn der Nutzen für die Allgemeinheit größer ist als die Schädigung des einzelnen oder, umgekehrt ausgedrückt, wenn Nachteile des Gemeinwohls in Frage stehen, die größer sind als die zu ihrer Abwehr benötigten Beschränkungen der persönlichen Freiheiten, nur dann darf der Staat Unterlassungen und Handlungen erzwingen, die nicht in der Interessensphäre jedes einzelnen liegen.

So müssen etwaige Uebertreibungen der Medizinalgesetzgebung auch freimütig als solche gekennzeichnet werden, gerade im Kreise von Medizinalbeamten; denn diese Kreise sind heute in immer zunehmendem Maße berufen, an der Gesetzgebung, die früher fast ausschließlich den juristischen Fachmännern zufiel, aktiv teilzunehmen. So wichtig es bei dieser Tätigkeit auch ist, die volle Energie in der Verfolgung als richtig erkannter Ziele aufzubieten, so notwendig ist es auch, eine gewisse Distanz von den Dingen zu gewinnen und das fachliche Interesse mit dem Interesse der Allgemeinheit ins Gleichgewicht zu setzen. Auch in dieser Beziehung wird die Vergleichung der staatlichen Seuchengesetze manche Förderung bieten; nicht nur auf dem Gebiete der Strafgesetzgebung gibt es einen „Versuch mit untauglichen Mitteln“.

M. H.! Meine Darstellung wird sich ausschließlich auf diejenigen Gesetze und Verordnungen erstrecken, die der Bekämpfung der Seuchen im Inlande dienen. Alle Quarantänegesetze und internationalen Sanitätsübereinkünfte sind außer Betracht gelassen. Es ist dabei meine Aufgabe, nur die außerdeutschen Staaten zu berücksichtigen; das deutsche Seuchengesetz mußte selbstverständlich als Vergleichungsobjekt mit dargestellt werden; dagegen sind die deutschen Bundesstaaten, als bekannt vorausgesetzt, fortgelassen. Ihre Gesetze und Verordnungen sind in der Zeitschrift für Medizinalbeamte vollständig abgedruckt und daher allen Medizinalbeamten leicht zugänglich; außerdem werden diese Bestimmungen von dem Herrn Mitberichterstatter eingehend besprochen werden. In den Schlußergebnissen ist nur dann und wann auf sie vergleichsweise hingewiesen. Die interessanten und charakteristischen Bestimmungen in der Gesetzgebung der einzelnen Länder sind vorzugsweise berücksichtigt; die wörtlichen Zitate beziehen sich ausschließlich auf derartige Paragraphen. Eine lückenlose Vollständigkeit ist

nicht erstrebt worden; sie hätte die Darstellung unerträglich schwerfällig gemacht.

Als Literaturquellen dienten hauptsächlich die Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes (Berlin, Springer, seit 1883), vereinzelt auch die deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, für die Tuberkulosegesetzgebung die Zeitschrift „Tuberculosis“. Eine gute Sammlung von Gesetzen ist auch in den amtlichen Denkschriften zum deutschen und zum österreichischen Seuchengesetz enthalten (für Oesterreich: Nr. 22 der Beilagen zu den stenograph. Protokollen des Herrenhauses — XXI. Session 1911). Außerdem hat mir Herr Rapmund die Korrekturbogen des demnächst erscheinenden zweiten Teiles seines Werkes „Das Oeffentliches Gesundheitswesen“ freundlichst zur Verfügung gestellt.

Deutschland: Das deutsche Gesetz „betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten“ vom 30. Juni 1900 macht Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken anzeigepflichtig, und zwar den Krankheitsverdacht, die Krankheit und den Todesfall. Zur Anzeige ist in erster Linie der Arzt verpflichtet; im Mangel dessen treten nacheinander ein der Haushaltungsvorstand, die Pflegeperson, der Wohnungsinhaber und der Leichenschauer. Unter den Pflegepersonen ist auch jede mit der Behandlung des Kranken beschäftigte Person, also auch der Kurpfuscher, einbegriffen, eine zweifellos zweckmäßige Bestimmung des Gesetzes. Die Erweiterung der Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten kann durch Bundesratsbeschluß erfolgen; da der Bundesrat aber mehrere Monate Ferien hat und seine Mitglieder immer erst Regierungsinstruktionen einholen müssen, so liegt hier eine unwillkommene Schwerfälligkeit des Verfahrens vor.

Zur Ermittelung der Krankheit ist der beamtete Arzt bestimmt, dem der Zutritt zum Kranken oder zur Leiche soweit zusteht, als er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält. Diese durch die Reichstagskommission erfolgte Einschränkung der Funktion des beamteten Arztes ist unbedenklich, weil selbstverständlich. Der behandelnde Arzt ist nur berechtigt, den Untersuchungen beizuwohnen; bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt selbständig Anordnungen treffen, andernfalls tut es die Polizeibehörde. Amtliche Leichenschau kann in Epidemiezeiten angeordnet werden. Eine Resolution der Reichstagskommission auf allgemeine obligatorische Leichenschau ist vom Reiche nicht berücksichtigt und auch von den Einzelstaaten nur in geringem Maße erfüllt.

Als Schutzmaßregeln sind folgende vorgesehen:

Beobachtung kranker, krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen, aber **ohne** Freiheitsbeschränkung;

Meldepflicht für zureisende Personen aus verdächtigen Bezirken;

Absonderung für kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen (hier ist vom Reichstag der Zentrumsantrag aufgenommen, wonach Angehörigen- und Urkundspersonen der Zutritt zum Kranken gestattet ist); Krankenhauszwang kann durch den beamteten Arzt ausgesprochen werden, dem behandelnden Arzt steht aber ein Vetorecht zu (!);

Kenntlichmachung von Wohnungen und Häusern, in denen sich erkrankte Personen befinden; Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal;

Verhütungsmaßregeln im gewerblichen Leben und Verbot der Abhaltung von Märkten, Messen und Versammlungen;

Verbot der Benutzung von Brunnen, Teichen, Wasserleitungen, Badeanstalten, sowie Räumung von Wohnungen;

Desinfektion;

Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen.

Für Gegenstände, die durch Desinfektion beschädigt werden, wird auf Antrag Entschädigung gewährt; auch erhalten wirtschaftlich unselbständige Personen, falls sie abgesondert werden, Entschädigung für den entgangenen Arbeitsverdienst. Diese Entschädigungen sind durch den Reichstag in das Gesetz erst hineinbeschlossen.

Die Strafvorschriften sind ziemlich streng und gehen bis 1500 M. Geldstrafe und Freiheitsstrafe von 3 Jahren. Wer in der praktischen Seuchenbekämpfung mitten drin steht, wird diese weitgehende Strafbefugnis für begründet halten.

Ferner gibt das deutsche Seuchengesetz noch einige allgemeine Vorschriften: Die Gemeinden können zur Herstellung prophylaktischer Einrichtungen angehalten werden, aber wie ein Kommissionszusatz bestimmt hat, „nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit“; außerdem wird durch das Gesetz ein Reichsgesundheitsrat gebildet.

Zu den gesetzlichen Bestimmungen Deutschlands gehören dann die ausgezeichneten Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung der einzelnen Krankheiten und die vorzüglich ausgearbeitete Desinfektionsanweisung vom Jahre 1907. — Auch die Wirkung der Reichsversicherungsordnung und der Privatangestelltenversicherung, beide vom Jahre 1911, macht sich in der Seuchenbekämpfung vorteilhaft bemerkbar, namentlich in der Bekämpfung der Tuberkulose, die zwar nicht im Reichsseuchengesetz, wohl aber im Reichsetat (100000 M. jährlich) Berücksichtigung gefunden hat.

Wenn man eine Würdigung des deutschen Reichsgesetzes geben will, so kann man ihm nur hohe Anerkennung zollen. Die Begriffe der Beobachtung und der Ermittlung sind in keinem früheren Gesetze so klar zum Ausdruck gekommen. Die Berücksichtigung des Krankheitsverdachtes in der Anzeigepflicht und in den Schutzmaßnahmen ist ebenfalls fast allen anderen Gesetzen fremd. In den einzelnen „Anweisungen“, namentlich aber in der Desinfektionsanweisung, sind die gesetzlichen Bestimmungen durchaus auf der Höhe der Wissenschaft. Die Initiative des beamteten Arztes ist gut herausgearbeitet. Das Maßhalten in den Anordnungen, die Absonderung im eigenen Hause, aber erforderlichenfalls im Krankenhause, sind durchaus

zu billigen, wenn auch das Vetorecht des praktischen Arztes in einzelnen Fällen mißbraucht werden kann. Der Hauptmangel des Gesetzes besteht in seiner Beschränkung auf die ausländischen Krankheiten; die Folge davon ist eine buntscheckige Gesetzgebung der einzelnen Bundesstaaten gegenüber den inländischen Krankheiten.

Deutsch-Ostafrika und Südwestafrika: Die Verordnung des Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika vom 1. Juli 1912 ist nichts weiter als eine kurzgefaßte Wiedergabe des deutschen Gesetzes, aber ohne allen Ballast und ohne allen Einschränkungen sowie mit Einschluß der inländischen Krankheiten. In der Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten treten Lungen- und Kehlkopftuberkulose (ohne irgendeine Einschränkung), Malaria, Bilharziosis u. a. auf. Der Arzt kann Grundstücke und Gebäude betreten, unbewegliche und bewegliche Habe besichtigen, Menschen und Leichen untersuchen. — Als zulässige Schutzmaßnahmen seien kurz aufgeführt: Beobachtung und Absonderung, Verkehrsbeschränkungen für gesunde Personen, Desinfektion, Verbot des Verkaufs von Gegenständen, Vernichtung gesundheitsschädlicher Nahrungsmittel, Räumung und Sperrung von Gebäuden oder von einzelnen Räumen bis zur erfolgten Desinfektion, Sperrung von Brunnen, Teichen, Wasserplätzen und Aborten, Vertilgung von Tieren, die Seuchen verbreiten.

Beinahe noch absolutistischer (im guten Sinne) ist die Verordnung für Deutsch-Südwestafrika vom 27. Mai 1913, die nur entsprechend den neueren süddeutschen Verordnungen den übrigens nicht zu beanstandenden Zusatz enthält: bei der Wahl der Maßregeln ist darauf zu achten, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falls zu weitgehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird.

Oesterreich: Das österreichische Gesetz stimmt von allen fremdländischen Gesetzen in der Struktur am meisten mit dem deutschen Gesetz überein. Die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten enthält die ausländischen Krankheiten des deutschen und die inländischen Krankheiten des (hier nicht zu besprechenden) preußischen Gesetzes, aber mit Ausschluß von Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Fleischvergiftung und Trichinose. Die Erweiterung der Krankheitsliste erfolgt durch Verordnung allgemein oder zeitlich und räumlich getrennt (sehr gut!) Bei jeder Krankheit ist auch der Verdacht anzuzeigen (sehr weitgehend!), nur ist ausdrücklich der Verdacht von Wochenbettfieber ausgenommen; gerade diese Ausnahme ist aber medizinisch unbegründet. Die anzeigepflichtigen Personen sind fast dieselben wie im deutschen Reichsgesetz, nur daß der Kurpfuscher fehlt, was in Oesterreich weniger schwer wiegt, da ein gesetzliches Kurpfuschereiverbot besteht. — Für die gefährlicheren Krankheiten ist neben der Anzeige an den Gemeindevorstand noch eine zweite sofortige Anzeige

durch Telegraph oder Telephon oder Boten an die politische Landesbehörde vorgeschrieben; da diese auch bei Verdacht auf Scharlach, Diphtherie, Trachom erstattet werden muß, so wird sie die Aerzte und Behörden nicht unbedeutend belasten. Auffallender Weise erstreckt sich diese Vorschrift nicht auf den Typhus.

Ermittlungen sind wie in Deutschland, aber auch bei jedem Verdachtsfall einer inländischen Krankheit vorgeschrieben; die tunlichste Benutzung bakteriologischer Institute ist hier zum ersten Male in einem Gesetze festgelegt (und zwar durch einen Zusatzbeschluß des Herrenhauses). Der beamtete Arzt hat bei diesen Ermittlungen unbeschränkten Zutritt zum Kranken und zur Leiche, in bestimmten Fällen kann sogar eine Hausdurchsuchung auf Infektionskranke ähnlich wie auf Verbrecher vorgenommen werden.

Unter den Schutzmaßnahmen sind ausdrücklich genannt: Absonderung, Krankenhausüberführung (diese nur durch etwaige Gefahr für den Kranken eingeschränkt, die aber der beamtete Arzt zu ermessen hat), Desinfektion, nach Erfordernis unter fachmännischer Leitung (diese Bestimmung fehlt in Deutschland), Ausschluß von Schülern und Kindergärteninsassen, Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Badeanstalten, Aborten, Kanälen, Teichen, Wasserleitungen, Beschränkungen des Lebensmittelverkehrs, Verbot von Totenfeierlichkeiten vor Durchführung der Desinfektion, Verbringung der Leichen in Leichenkammern (das sind die ganzen Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen), Vertilgung von Tieren, Verbot von Versammlungen, Meldepflicht zureisender Personen, Schließung von Lehranstalten, Betriebsbeschränkung oder Schließung gewerblicher Unternehmungen in weitgehendem Maße, Kennzeichnung von Häusern und Wohnungen (letztere beiden Maßnahmen allerdings leider nicht beim Typhus), Räumung von Wohnungen, Sperrung von Ortschaften. Besonders weitgehend sind die Schutzmaßnahmen gegenüber den Bazillenträgern. In dieser Beziehung steht Oesterreichs Vorbild in der Welt so gut wie unerreicht da; deshalb sei auch der Wortlaut des Paragraphen hier wiedergegeben:

„Personen, die als Träger von Krankheitskeimen einer anzeigepflichtigen Krankheit anzusehen sind, können einer besonderen sanitätspolizeilichen Ueberwachung unterworfen werden. Zu diesem Zweck kann diesen Personen eine besondere Meldepflicht auferlegt und kann die periodische ärztliche Untersuchung dieser Personen, erforderlichenfalls die Desinfektion und Absonderung in ihrer Wohnung angeordnet werden; ist die Absonderung in der Wohnung in zweckmäßiger Weise nicht durchführbar, so kann die Absonderung in eigenen Räumen verfügt werden. Bezieht sich der Ansteckungsverdacht auf die Uebertragung von Flecktyphus, Blattern, Cholera, Pest, so ist die sanitätspolizeiliche Beobachtung und Ueberwachung der ansteckungsverdächtigen Person jedenfalls durchzuführen."

Ein den Aerztestand interessierender Paragraph besagt, daß, wenn in einem Epidemiegebiete die vorhandenen Aerzte zu einer wirksamen Bekämpfung der Krankheit nicht ausreichen, besondere Epidemie-Aerzte bestellt werden können; wohl-

gemerkt, zur Behandlung der Kranken, nicht etwa bloß als Medizinalpolizei. Die Kosten übernimmt der Staat; die Bestellung liegt anscheinend der Gemeinde ob. Als Vorbild für diesen Paragraphen hat offenbar die öffentliche Behandlung in Dänemark gedient; charakteristisch ist, daß in Deutschland keine ähnliche Bestimmung existiert, sondern daß die ärztliche Hilfe überall als vorhanden angenommen wird.

Noch wichtiger für den Aerztestand ist folgende Bestimmung des österreichischen Gesetzes: Wenn ein Arzt, der vermöge seiner dauernden oder vorübergehenden Verwendung im öffentlichen Sanitätsdienst zur Mitwirkung bei der Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit berufen ist, hierbei berufsunfähig wird oder den Tod findet, so gebühren ihm und im Falle seines Ablebens seinen Hinterbliebenen Ruhe- und Versorgungsgenüsse wie den Staatsbeamten der mittleren Klassen nach 10jähriger Dienstzeit. — Nur ganz ausnahmsweise findet sich eine dem ähnliche Bestimmung in den Seuchengesetzen der modernen Staaten.

Für solche Gebiete, denen die Einschleppung einer Infektionskrankheit aus dem Ausland droht, können besondere Meldevorschriften angeordnet werden. Nach der dem Gesetze beigegebenen Denkschrift denkt man hier daran, nach dem Muster von Italien den Ankömmlingen aus verseuchten Ländern bei der sanitären Revision eine Art Sanitätspaß mitzugeben und sie zu verpflichten, sich nach der Ankunft am Reiseziel beim Gemeindevorstand zu melden, so daß sie bei vollkommener Bewegungsfreiheit doch zunächst einer wirksamen Ueberwachung unterstehen.

Die Entschädigungen und Kostenübernahmen seitens des Staates gehen in Oesterreich weiter als in den meisten anderen Staaten; eine Beschränkung der Entschädigung auf wirtschaftlich Schwache im Regierungsentwurf wurde von den Parlamenten gestrichen. Die Entschädigung bezieht sich nur auf durch Desinfektion beschädigte Gegenstände, nicht dagegen auf entgangenen Arbeitsverdient; dafür zahlt der Staat aber die Kosten der zweiten Anzeige, der ganzen Ermittelungen, der Tiervertilgung, der Ueberwachung ansteckungsverdächtiger Personen, der Auslogierung von Bewohnern infizierter Häuser, der Sperrung von Ortschaften, der Epidemieärzte und der den Aerzten sowie deren Hinterbliebenen zukommenden Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Das österreichische Gesetz ist nämlich, wie schon hervorgehoben, eines der wenigen, das den Aerzten Pension und Reliktenversorgung gewährt, wenn sie im Seuchendienst erkranken. Endlich zahlt der Staat noch Prämien und Vergütungen für besondere Leistungen bei der Seuchenbekämpfung, wie sie das Gesetz als zulässig vorgesehen hat.

Nicht ohne Bedeutung für die Zukunft ist das Verhalten Oesterreichs zu der Frage der Honorierung ärztlicher Anzeigen, wie sie von den Standesorganisationen der Aerzte jetzt häufig gefordert und tatsächlich von einigen Staaten ge-

währt wird. Die Regierung hat sich dieser Frage gegenüber ablehnend verhalten; um aber den dringenden Wünschen der Aerzte einigermaßen entgegenzukommen, hat sie jährlich 50000 Kronen in den Etat eingestellt, die den Aerzten als eine Pauschal-Entschädigung für die bei der Seuchenbekämpfung vom Gesetz geforderten Leistungen überwiesen werden. Diese Summe ist alsbald von der Aerzteorganisation auf die einzelnen Landesteile nach Kopfzahl verteilt und wird dort zu Wohlfahrtszwecken des ärztlichen Standes angesammelt.

Die Strafen des österreichischen Gesetzes sind etwas geringer als die des deutschen; denn sie gehen nur bis zu 1000 Kronen Geldstrafe und 3 Monaten Arrest hinauf, soweit nicht nach allgemeinen Strafbestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist.

Erwähnenswert ist noch, daß der österreichische Regierungsentwurf einen Prophylaxe-Paragraphen nach dem Muster des deutschen § 35 enthielt, der die Gemeinden verpflichten sollte, „mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln auf die Schaffung von Einrichtungen hinzuwirken, die das Entstehen und die Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhüten geeignet wären“. Dieser sehr zweckmäßige Paragraph wurde vom Parlament — wie es heißt, aus Furcht vor uferlosen Gemeindelasten und auch vor dem etwaigen Impfzwang — gestrichen. Infolgedessen können sanitäre Verbesserungen den Gemeinden künftig nur beim tatsächlichen Auftreten von Infektionsfällen aufgezwungen werden; es bedürfte somit eigentlich eines besonderen Prophylaxe-Gesetzes neben dem Seuchengesetze.

Alles in allem ist das österreichische Gesetz entsprechend dem jungen Datum seiner Entstehung eine ganz vorzügliche Arbeit, die in vielen Beziehungen (Berücksichtigung des Krankheitsverdachts, Anordnung von Ermittelungen im jedem Falle, Benützung der bakteriologischen Anstalten, Maßhalten in den Leichenanordnungen, Reliktenversorgung der Aerzte) den künftigen Seuchengesetzen als Vorbild dienen kann. Besonders hervorzuheben ist auch die weitgehende Machtvollkommenheit gegenüber den Bazillenträgern, deren gefährliche Rolle bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten mit jedem Jahre mehr hervortritt. — In manchen Punkten geht Oesterreich sogar etwas weiter, als man es vom medizinischen Fachstandpunkte fordern dürfte: Die Last der Anzeige und der Ermittelungen beim bloßen Krankheitsverdacht ist zwar für die schwereren Infektionskrankheiten notwendig, für die leichteren Krankheiten aber entbehrlich. Erleidet dadurch die Bevölkerung Unbequemlichkeiten, so leiden umgekehrt die Staatsfinanzen unter den weitgehenden Entschädigungen, deren Gewährung das Gesetz ihm auferlegt hat. Alles dies ließe sich vom medizinischen Standpunkte hinnehmen; denn ein Zuviel in den gesetzlichen Befugnissen läßt sich durch eine gemäßigte Handhabung der Bestimmungen leicht ausgleichen. Viel schwerer wiegt ein Zuwenig in den staatlichen Seuchenbestimmungen. Die Hauptschwächen des österreichischen Gesetzes liegen deshalb da, wo die Regierung in ihren sanitären Bestrebungen durch die in den Parlamenten zum Ausdruck kommende Volksstimmung beschränkt wurde, also in dem gänzlichen Fehlen

von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, sowie in dem Zurückschrecken vor der Zwangsimpfung und der Prophylaxe.

Von diesen großen Mängeln stört am wenigsten das Fehlen der venerischen Krankheiten; die Erfahrungen in Preußen haben gezeigt, daß deren Bekämpfung sich vor Erlaß der Seuchengesetze genau so gut oder so schlecht vollzog, als nach Erlaß des Gesetzes. — Schwer wiegt dagegen das Fehlen der Vakzination, die wir als die wirksamste Maßregel im Seuchenkampf betrachten müssen, die uns überhaupt zur Verfügung steht. Wenn Oesterreich durch sein Impfinstitut in Wien große Mengen von Pockenlymphe alljährlich herstellen und kostenlos verteilen läßt, so breitet sich zwar erfreulicherweise die freiwillige Impfung in Oesterreich immer mehr aus, es bleibt aber immerhin ein nicht unbeträchtlicher Rest von Ungeimpften übrig, der bei dem ständigen Andringen der Pocken aus den weniger hoch kultivierten Balkanländern eine dauernde Gefahr für die Gesamtbevölkerung bedeutet. — Endlich die Tuberkulose! Sie soll, wie die Gesetzesmotive besagen, einem künftigen Gesetz vorbehalten bleiben. Aber, wird ein solches kommen, und wann? Die statistischen Zahlen schreien nach einer energischen Bekämpfung der Tuberkulose gerade in Oesterreich, wo 4 Promille der lebenden Bewohner (also mehr als doppelt soviel wie in Deutschland) jährlich der Tuberkulose erliegen. In den Klinikerkreisen der Hauptstadt Wien heißt die Lungentuberkulose „Morbus viennensis“; es sterben dort allein jährlich 5—6000 Menschen an Lungentuberkulose. Und diesen Zahlen gegenüber soll die Oeffentlichkeit auf eine ferne Zukunft vertröstet werden!

Ungarn hat ein Sanitätsgesetz älteren Datums, vom 3. April 1876, aus dessen Seuchenbestimmungen sich wenig Nachahmenswertes entnehmen läßt. Anzeigepflichtig sind Aerzte, Seelsorger, Lehrer und alle sonstigen Personen, die von dem Krankheitsfall erfahren. Die Krankheitsliste enthält neben den schwereren Infektionskrankheiten auch Masern, Keuchhusten, Mumps, Trachom. Eine Ermittelung durch den Amtsarzt ist vorgesehen; ihm liegt auch die Anordnung der Schutzmaßnahmen ob. — Die praktischen Aerzte haben die Verpflichtung, Hilfe zu leisten; anderseits sind die Familienväter, Arbeitgeber, Institutsvorsteher verpflichtet, ärztliche Hilfe ihren Schutzbefohlenen oder Untergebenen zu verschaffen. Zwangsbehandlung und Krankenhauszwang sind zulässig. Im Falle von Epidemien werden praktische Aerzte als Epidemienwächter auf Staatskosten bestellt und haben dann Anspruch auf Pension und Reliktenversorgung. Die Gemeinden haben Isolierräume bereitzustellen; Kennzeichnung der Wohnungen von Infektionskranken ist zugelassen. Aus verseuchten Orten dürfen Milch und aus ihr hergestellte Nahrungsmittel ohne besondere

Erlaubnis nicht verkauft werden. — Pockenimpfung ist nach dem Gesetze vom 7. Mai 1897 obligatorisch.

In **England** waren früher sämtliche gesundheitlichen Staatsgesetze nur in denjenigen Gebietsteilen gültig, in denen sie durch ein Beschlußverfahren der Bevölkerung in Kraft gesetzt waren; erst durch das Gesetz vom 20. Juni 1899 wurde das Gesetz über die Anzeigepflicht ansteckender Krankheiten allgemein in Wirksamkeit gesetzt.

Seit dem Jahre 1871 ist eine Zentralbehörde für das Armenwesen, die Gemeindebeaufsichtigung, die Bevölkerungsstatistik und die Gesundheitspflege geschaffen, das Local government board, das durch seine ärztlichen Inspektoren die Aufsicht über die Gesundheitsverwaltung der Gemeinden ausübt. In den einzelnen Distrikten werden als berichtende, beratende und ausführende Organe der Sanitätsverwaltung ärztliche und polizeiliche Beamte angestellt (medical officers of health und inspectors of nuisance), auf deren Anstellung und Pflichtenkreis der Staat einen Einfluß nimmt, wie er auch zu ihrem Gehalt einen Zuschuß zahlt.

Die Grundlage der Seuchenbekämpfung in England ist durch die **Public Health Act vom 11. August 1875** in Verbindung mit den Amendement Acts von 1890 und 28. August 1907 gegeben (für Schottland bestehen gesonderte Gesetze ähnlichen Inhalts). §§ 120 bis 143 des Gesetzes enthalten Seuchenbestimmungen. Danach hat die Zentralbehörde das Recht, jederzeit besondere Bestimmungen hinsichtlich der Behandlung kranker Personen und der Abwehr ansteckender Krankheiten zu treffen. Auch über Krankenhauszwang, Wohnungsdesinfektion, Leichenmaßnahmen finden sich darin schon Anordnungen.

Die Spezialgesetze, nach denen sich in der Praxis die Seuchenbekämpfung fast allein vollzieht, sind die infectious disease notification Act vom 30. August 1899 und die infectious disease prevention Act vom 4. August 1890. Gleiche Bestimmungen sind für London allein durch die Public Health London Act von 1891 erlassen. Die genannten Gesetze, die für ganz England und mit wenigen Abänderungen auch für Schottland und Irland gelten, sind im wesentlichen der folgenden Darstellung zu Grunde gelegt.

Von geringerem Einfluß auf das Gesundheitswesen sind die Contagious disease Acts von 1866 und 1869, die die Bekämpfung venerischer Krankheiten regeln sollen, aber nur für einige Militär- und Marine-Garnisonen Gültigkeit besitzen. Sie dürfen hier übergangen werden.

Endlich sollen in dieser Aufzählung noch die **Vaccination Acts** von 1867 und 1871 Platz finden; sie brachten den allgemeinen Pockenimpfzwang für England, wurden aber durch ein, die sog. Gewissensklausel formulierendes Gesetz vom 12. August 1898 wesentlich eingeengt, indem dadurch dem Vater usw. des Impflings das Recht zur Unterlassung der Impfung gegeben wurde, wenn er vor der Behörde erklärte, daß er Gewissensbedenken gegen die Impfung habe („that he conscientiously believes, that vaccination would be prejudicial for the health of the child").

Die Gesetze, die der Abwehr ausländischer Krankheiten in den Häfen dienen, werden hier nicht berücksichtigt, wie schon in der Einleitung bemerkt. Auch auf den Inhalt zahlreicher Rundschreiben des Board, die zum Teil nicht unwichtige Direktiven geben, soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Wir kommen nunmehr zu dem Inhalt der zwei bezw. drei, für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten erlassenen Spezialgesetze. Die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten ist klein und nennt von den ausländischen nur Pocken und Cholera, von den inländischen Diphtherie, Rotlauf, Scharlach, Typhus, Typhoid, Ruhr, Rückfallfieber, Wochenbettfieber; indessen ist

die Erweiterung der Liste durch die Lokalbehörde von Zeit zu Zeit nicht nur zugelassen, sondern vorgeschrieben und soll im Falle von Ereignissen (d. h. wohl Epidemien) binnen drei Tagen erfolgen. Der Krankheitsverdacht ist nicht als anzeigepflichtig genannt. Anzeigepflichtig ist der behandelnde Arzt und gleichzeitig der Familienvorstand; für letzteren treten subsidiär der nächste Verwandte, die Pflegeperson („every person in charge or in attendance of the patient" — also auch der Kurpfuscher!) oder Hausbesitzer ein. Die Meldung geht an den Medizinalbeamten. — Eigentliche Ermittelungen sind nicht vorgeschrieben, doch ist den Medizinalbeamten durch das Gesetz die ausdrückliche Befugnis verliehen, während der Tageszeit in die Häuser einzudringen. — Der Arzt erhält für jede Anzeige ein Honorar von $2^1/_2$ sh; um ihm jeden Skrupel über deren Annahme zu nehmen, ist vom Gesetz bestimmt, daß die geleistete Bezahlung einen praktischen Arzt nicht disqualifizieren soll, auch wenn er eine öffentliche Stelle im Staate oder in der Gemeinde einnimmt. Der Amtsarzt bekommt, falls er den Patienten behandelt, dieselbe Gebühr.

Die Schutzmaßnahmen betreffen zunächst Desinfektion und Absonderung, beide in etwas anderer Fassung als sonst üblich: Die Desinfektion kann vom behandelnden Arzt oder Amtsarzt angeordnet werden und ist zunächst Sache des Hausbesitzers; führt dieser sie nicht binnen 24 Stunden aus, oder zeigt er nicht wenigstens seine Geneigtheit zur Ausführung an, so tritt behördliche Desinfektion auf Kosten des Eigentümers ein. — Bettzeug, Kleider und andere ähnliche Artikel werden nicht privatim desinfiziert, sondern der Behörde zur Desinfektion übergeben. Diese Desinfektion ist kostenlos und hat auch Entschädigung im Falle der Benachteiligung oder Vernichtung der desinfizierten Gegenstände zur Folge. — Außerdem ist es verboten, undesinfizierte Infektionsstoffe in Mistgruben oder in sonstige Ablagerungsstätten zu werfen.

Die Absonderung ist als solche nicht vorgeschrieben, sondern es ist nur verboten, ein infiziertes Haus oder eine solche Wohnung zu verlassen oder weiter zu vermieten, oder sich als Kranker selber in den Verkehr zu begeben.

Der betreffende Paragraph (Prev. Act., 7), der übrigens in den australischen Staaten sich mehrfach in ähnlicher Form wiederfindet, lautet: „Jede Person, die ein Haus, eine Wohnung oder einen Teil eines Hauses verläßt, in dem innerhalb 6 Wochen vorher eine an einer Infektionskrankheit leidende Person sich aufgehalten hat, ohne daß eine ausreichende Desinfektion danach stattgefunden hat, die durch einen praxisberechtigten Arzt auf Grund eines Zeugnisses bestätigt wurde, oder die neue Partei nicht vorher von dem Vorkommen einer Infektionskrankheit in dem Hause verständigt hat, sowie jede Person, die auf diesbezügliche Fragen wissentlich falsche Antworten erteilt, soll mit einer Geldstrafe, die nicht größer als 10 Pfund ist, bestraft werden."

Sehr kurz und präzis ist auch eine ähnliche Bestimmung des englischen Gesetzes (Amend. Act. Part. IV, 52) gefaßt, die eine ganze Reihe von Absonderungsvorschriften gegenüber Kranken und wohl auch Bakterienträgern ersparen kann:

„Wenn jemand weiß, daß er an einer ansteckenden Krankheit leidet, so soll er sich nicht in eine Beschäftigung einlassen oder irgend welchen Handel

oder Geschäftsbetrieb ausführen, falls er dies nicht ohne das Risiko, die Krankheit weiter zu verbreiten, tun kann."

Ein Krankenhauszwang ist nur denjenigen Personen gegenüber zulässig, die keine eigene Wohnung haben. Sind die Personen aber einmal — ob nun freiwillig oder zwangsweise — im Krankenhaus, so können sie dort stets zurückgehalten werden, falls in ihren Wohnungen keine geeigneten Vorbeugungsmaßregeln gegen Ausbreitung der Infektion getroffen werden können. — Die gesunden Mitglieder eines infizierten Haushalts können gezwungen werden, ihre Schlafräume zum Zwecke der behördlichen Desinfektion zu verlassen; es ist ihnen dann kostenfreies Obdach zu gewähren.

Besondere Sorgfalt wird der Assanierung der Milchversorgung gewidmet. Ist eine Meierei der Infektion verdächtig, so kann sie inspiziert und, im Falle der Verdacht sich bestätigt, geschlossen werden, bis die Ursache der Milchverunreinigung aufgedeckt und beseitigt worden ist.

Eine hervorragende Entwicklung zeigt das Meldewesen für Tuberkulose in England (Monatsschrift Tuberculosis, 1912, Nr. 12); für alle Fälle von Lungentuberkulose in der Armenpflege besteht hier Anzeigepflicht seit 1908. Seit 1911 ist die Anzeigepflicht auf Privatkrankenhäuser und seit 1. Januar 1912 auf alle Fälle von Tuberkulose, die in der ärztlichen Privatpraxis vorkommen, erweitert. Der diskreten Handhabung des Bekämpfungsdienstes (die Anzeige geht an den Bezirksarzt, medical officer of health) sind bisher keine Widersprüche gegen die weitgehende Anzeigepflicht laut geworden. Allerdings ist auch hier, wie in den nordischen Ländern, die Anzeigepflicht mit großartigen Wohlfahrtseinrichtungen ins Leben getreten; denn durch das Versicherungsgesetz von 1911 wurden 22 Millionen Mark für Errichtung von Sanatorien und für andere Einrichtungen zur Tuberkulosebekämpfung ausgeworfen und 1,3 Mk. pro Kopf und Jahr für Behandlung in solchen Einrichtungen bestimmt.

Die Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen beschränken sich auf wenige selbstverständliche Maßnahmen, doch kann sofortige Beerdigung gefordert werden.

Freiheitsstrafen sind nicht vorgesehen; die im allgemeinen sehr milden Geldstrafen übersteigen nicht 200 Mk. Interessant ist, daß anhaltende Widersetzlichkeit mit einer täglichen Geldstrafe bis zu 40 Mk. geahndet werden kann.

Frankreich bringt seine Seuchenmaßregeln in einem größeren Gesundheitsgesetz (vom 15. Februar 1902) unter, in dem nicht nur die Organisation des ganzen Medizinalwesens, sondern auch der Quellenschutz und die Wohnungspolizei untergebracht sind. — Unter den besonderen Seuchenmaßnahmen ist die charakteristische Eigenheit Frankreichs die Trennung der Infektionskrankheiten in zwei Gruppen, nämlich in eine gefährliche und eine ungefährlichere. Für die erste Gruppe besteht unbedingte Anzeigepflicht und zwar für Aerzte und

Hebammen. Die zweite Gruppe ist nur fakultativ anzuzeigen; die Anzeige hat dann zur Folge, daß eine behördliche Desinfektion eintritt. Zweckmäßigerweise enthält nicht das Gesetz die Namen der anzeigepfllichtigen Krankheiten, sondern die Krankheitsliste wird vom Präsidenten der Republik nach dem Gutachten der Akademie der Medizin und des Gesundheitsrates bekannt gegeben. Dies ist durch Verordnung vom 10. Februar 1903 geschehen. Die Krankheitsliste enthält in der ersten Gruppe die ausländischen Krankheiten (aber ohne Aussatz) und von den inländischen den Abdominaltyphus, Scharlach, Masern, Diphtherie, Miliarfriesel, Ruhr, Genickstarre, Augenentzündung der Neugeborenen und Kindbettfieber „lorsque le secret de accouchement n'a pas été reclamé." Die zweite Krankheitsgruppe besteht aus Lungentuberkulose (ohne jede Einschränkung), Keuchhusten, Influenza, Lungenentzündung, Ziegenpeter, Aussatz, Grind und ägyptischer Augenentzündung.

Mit diesen Bestimmungen über die Anzeigepflicht ist im wesentlichen das Gebiet der Seuchenbekämpfung in Frankreich erschöpft, wenngleich sich noch eine ganze Reihe zweckmäßiger allgemein-prophylaktischer Anordnungen anschließt. Die Anordnung der Schutzmaßnahmen ist Sache der Gemeinden; diese erlassen die Bestimmungen über Desinfektion von Effekten, gesunde Beschaffenheit der Häuser und Wohnungen, Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abfallstoffe; der Präfekt hat die Gesundheitsreglements der Gemeinden nur nach Anhörung des Departements-Gesundheitsrats zu genehmigen und kann im Falle einer Epidemie deren sofortige Durchführung erzwingen. Für den Fall einer das ganze Staatsgebiet bedrohenden Epidemie ordnet, falls die lokalen Mittel als ungenügend zur Abwehr erkannt werden, der Präsident der Republik, nach Einholung des Gutachtens des Gesundheitsrats von Frankreich, die besonderen Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung dieser Epidemie an.

So weit gehen die recht spärlichen Seuchenbestimmungen Frankreichs. Von besonderen Seuchenmaßnahmen enthalten sie nur an einzelnen Stellen versteckt die Desinfektion und Vernichtung von infizierten Gegenständen und die Schutzimpfung; diese ist in Frankreich dreimal auszuführen, nämlich außer im ersten und elften auch noch im 21. Lebensjahr.

Die technischen Einzelheiten der Desinfektion sind durch Erlasse des Ministerpräsidenten an die Präfekten vom 10. Juni 1906 und 18. März 1907 geregelt. Namentlich die zuletzt erlassene Anweisung steht durchaus auf der Höhe der Wissenschaft; neben den Einzelvorschriften für chemische und physikalische, für laufende und Schlußdesinfektionen gibt sie außerdem noch Belehrung über die Ausbreitungsfähigkeit der Infektionskrankheiten, Anleitung für Desinfektion schwieriger Anlagen, wie Latrinen und Brunnen, und Verhaltungsvorschriften persönlicher Art für den Desinfektor.

Ein interessanter Prophylaxe-Paragraph findet sich noch in dem sonst so wenig ausgiebigen französischen Gesetze:

„Wenn während dreier aufeinanderfolgenden Jahre die Zahl der Todesfälle in einer Gemeinde die mittlere Mortalitätsziffer von Frankreich überschreitet, so ist der Präfekt verpflichtet, usw.“

Es ist also hier eine Art automatische Regelung für Anzeigen sanitäter Uebelstände gesetzlich festgelegt. In dem erwähnten Falle stärkerer Sterblichkeit in einer Gemeinde werden Ermittelungen veranstaltet, die Gesundheitsräte des Departements und nötigenfalls der Republik gehört und schließlich durch Dekret des Präsidenten die Durchführung der nötigen Verbesserungen angeordnet, deren Kosten allerdings nur durch ein Gesetz der Gemeinde auferlegt werden können. Eine ähnliche Bestimmung findet sich wohl nur noch in Schweden und im Gesetzentwurf Belgiens.

Interessant ist endlich ein der Deputiertenkammer im Jahre 1910 vorgelegter Entwurf, der eine Aenderung der Anzeigepflicht, die in Frankreich wie fast überall als nicht honorierte Pflichtleistung von den Aerzten gefordert wird, vorschlägt. Hier wird der Familienvorstand oder die Pflegeperson des Kranken anzeigepflichtig gemacht und dem Arzt nur die Verpflichtung zur Ausfüllung des Anzeige-Formulars auferlegt; hat die Privatperson die Anzeige erstattet, so wird dem Arzte von der Behörde Bestätigung erteilt; erst beim Ausbleiben dieser Bestätigung trifft den Arzt die Pflicht der Anzeige. Diese Bestimmung, von der ich nicht feststellen kann, ob sie Gesetz geworden ist, entlastet den Arzt in willkommener Weise und bringt ihm zugleich, da der Familienvorstand die Formularausfüllung requiriert, Vergütung für seine Mühe. Es ist das einer der wenigen gesetzlich gemachten Versuche, einen Mittelweg zwischen der unentgeltlichen Pflichtanzeige des Arztes in fast allen europäischen Staaten und der staatlich bezahlten Arztanzeige in Luxemburg, England und den australischen Staaten zu finden.

Französische Kolonien: Durch besondere Dekrete des Präsidenten werden die französischen Kolonien dem einheimischen Gesetze unterstellt, sei es in Ozeanien, sei es in Westindien, sei es am Mittelmeer; je nach den dort herrschenden Seuchen werden die Listen der anzeigepflichtigen Krankheiten darin ergänzt. So ist z. B. in Martinique, Guadeloupe und Réunion (7. Januar 1911) Maltafieber, Kalaazar und Schlafkrankheit obligatorisch, Pneumonie, Grippe, Filariosis, Bilharziosis und Malaria fakultativ anzuzeigen. Ganz besonderer Fürsorge erfreut sich Algier, für das eine modifizierte Form des französischen Dekrets erlassen ist (5. August 1908). Mit Rücksicht auf die Armut der Eingeborenendörfer ist hier eine weitgehende Kostenübernahme durch den Bezirk und durch die ganze Kolonie vorgesehen; die Anzeigepflicht (31. Mai 1911) ist weiter als in den anderen Kolonien und dem Mutterland und umfaßt 26 Krankheiten.

In Französisch-Guyana ist nach dem Erlaß des Präsidenten der Republik vom 24. August 1909 ein förmliches Instanzenverfahren für die Verhängung der Isolierung vorgesehen: erste Instanz: Gemeindevorstand mit dem beamteten Arzt; zweite Instanz: Gouverneur, nach Untersuchung durch ein ärztliches Mitglied des Kolonialrats.

Italien hat ein großes, mehrfach neu redigiertes Gesundheitsgesetz, dessen jetzt gültiger Text durch Königliche Verordnung vom 1. August 1907 bekannt gemacht ist und dessen Ausführungsbestimmungen bezüglich Infektionskrankheiten durch ein Königliches Dekret vom 3. Februar 1901 gegeben sind. Was die Organisation der Medizinalbehörden im allgemeinen anbetrifft, so besteht neben dem Ministerium ein oberster Gesundheitsrat; die Gemeinden besorgen hauptsächlich die Gesundheitspflege; die beamteten Aerzte sind der Provinzialarzt und der Gemeindesanitätsarzt, die Mittelinstanz (Kreisarzt) fehlt. Infolge der Anstellung von Gemeindesanitätsbeamten ist der größte Teil der Aerzte, wenigstens auf dem Lande, beamtet.

Anzeigepflichtig ist jeder Arzt. Er hat die Meldung dem Gemeindevorstand und dem Gemeinde-Sanitätsbeamten zu erstatten. Die Krankheitsliste umfaßt folgende Krankheiten:

a) Masern, Scharlach, Variola und Variolois, Abdominaltyphus, Flecktyphus, Diphtherie und Krupp, Kindbettfieber, Cholera, Gelbfieber, Beulenpest und andere übertragbare oder als solche verdächtige Krankheiten, die von der Sanitätsbehörde in besonderen Verordnungen bezeichnet werden.
b) Lungentuberkulose:
   1. in Armen- oder Versorgungshäusern, in Waisenanstalten, in Gefängnissen, in Gasthäusern, in Erziehungsanstalten, Schulen und Klöstern;
   2. in Findelanstalten, Spitälern und Heilanstalten;
   3. in Milchwirtschaften oder Meiereien;
   4. stets nach dem Tode oder Wohnungswechsel des Kranken.
c) Malaria;
d) durch Lohnammen übertragene Syphilis;
e) Fälle von Wutkrankheit oder auch einfache durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere beigebrachte Bisse; ferner die Fälle von Milzbrand, Rotz oder Wurm beim Menschen.

Die Sanitätsbehörde kann mit besonderer Anordnung auch die Gasthausbesitzer oder Zimmervermieter zur Anzeige einer oder mehrerer der angeführten Krankheiten verpflichten.

Italien ist eins der wenigen Länder, die ausdrücklich Ermittlungen in jedem Falle vorgeschrieben haben. Der Sanitätsbeamte ist nämlich verpflichtet, sofort Ermittlungen über die Entstehung der Krankheit und über die Wohnungsverhältnisse zu pflegen und sich zu überzeugen, daß der behandelnde Arzt die nötigen Anweisungen gegeben und die Familie diese befolgt hat. Er kann zu diesem Zwecke die Mitwirkung des behandelnden Arztes in Anspruch nehmen. Im übrigen ist die Anordnung der Schutzmaßnahmen ganz dem behandelnden Arzt überlassen. Im Interesse der Ermittelung von Krankheiten müssen alle öffentlichen und privaten Schulen mindestens einmal im Monat ärztlich besichtigt werden. Finden sich Augen- oder Hautkrankheiten, so müssen die damit behafteten Schüler in abgesonderten Räumen Unterricht erhalten, wofür die Gemeinde zu sorgen hat.

In jeder Gemeinde oder in jedem Gemeindeverbande muß ein Infektionsraum zur Verfügung stehen. Alle Schulen, Konvikte, Asyle, Erziehungs- und Unterrichtsanstalten müssen wenigstens einmal jährlich desinfiziert werden, außerdem sind

die Gemeinden berechtigt, vorzuschreiben, daß Gasthäuser, Herbergen, Pensionen, Spitäler, Werkstätten, Versorgungsanstalten wenigstens einmal jährlich einer allgemeinen Reinigung oder Desinfektion unterzogen werden. — Das sind die im allgemeinen Gesundheitsinteresse bestehenden Verhütungsmaßregeln, die zweifellos ziemlich weit gehen, und von denen die periodischen Desinfektionen ohne Veranlassung einer Infektionskrankheit unseres Erachtens nach eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung und Kostenbelastung darstellen.

Von speziellen Schutzmaßnahmen sind im Texte nur vorgesehen: Absonderung der Kranken und Kontaktverdächtigen, nötigenfalls bei den gemeingefährlichen Krankheiten auch Krankenhauszwang (der bei den übrigen Krankheiten aber der Zustimmung der Familie bedarf) sowie Desinfektion; Enteignung von Privateigentum zugunsten der Anlage von Spitälern und Friedhöfen; obligatorische Pockenimpfung; also alles in allem nur sehr beschränkte Machtvollkommenheiten, unter denen namentlich die Eingriffe ins praktische Leben ganz fehlen. Die Sanitätsbehörde ist jedoch ausdrücklich ermächtigt, alle weiteren von ihr zur Hintanhaltung einer Verbreitung der einzelnen Infektionskrankheiten als notwendig erachteten Maßregeln zu treffen.

Bemerkenswert ist noch ein Kurierzwang für Privatärzte gegenüber jeder Infektionskrankheit mit epidemischem Charakter; diesem Kurierzwang steht aber Pension- und Reliktenversorgung für diese Aerzte, genau wie für Staatsbeamte, gegenüber.

Einen besonders originellen und vielfach mustergültigen Teil der italienischen Verordnung bilden die Maßregeln gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten. Die Gemeinden haben, ebenso wie bei sonstigen Krankheiten, für die unentgeltliche ärztliche Behandlung der an venerischen Krankheiten leidenden Armen zu sorgen. Wo durch Ortsstatut unentgeltliche Heilmittel seitens der Gemeinde geliefert werden, dürfen die Geschlechtskranken nicht davon ausgeschlossen werden; das gleiche gilt für mildtätige Stiftungen und Orden. Der Minister kann verordnen, daß in denjenigen Gemeinden, wo es nötig erscheint, besondere Polikliniken errichtet werden. Auch an denjenigen Krankenhäusern, die satzungsgemäß die Aufnahme Geschlechtskranker verweigern, sind die Aerzte zur konsultativen Behandlung verpflichtet und dürfen solche Kranke nicht abweisen. Die Scheine für unentgeltliche Krankenhausbehandlung dürfen einem ansteckenden Geschlechtskranken nicht verweigert werden. — Die besonderen Polikliniken sind tunlichst im Anschluß an ein Krankenhaus oder an einem wenig besuchten Ort zu errichten und mit einem abgelegenen Eingang auszustatten. Die Poliklinik muß jeden Tag geöffnet sein, insbesondere Sprechstunden für Männer und Frauen bieten. Die Krankenliste der Poliklinik steht nur der zuständigen Behörde zur Einsicht offen. — Die Rezepte der Polikliniken für Ge-

schlechtskranke dürfen keine Diagnose und keinen Vor- und Zunamen des Kranken enthalten; der Arzt darf sich nur als Arzt ohne die Angabe seiner Poliklinik unterschreiben. Auch in Armenrezepten der Geschlechtskranken muß die Bezeichnung der Art und der Form der Krankheit unterdrückt werden; ebenso dürfen die betreffenden Rezepte in ihrer sonstiger Form von denen für andere Kranke nicht abweichen. Die Kranken der venerischen Abteilung im Krankenhause dürfen öffentlich nicht mit ihrem Familiennamen bezeichnet werden, sondern sind durch einen angenommenen Namen oder die Bettnummer zu charakterisieren. Bei der Anordnung des Dienstes auf dieser Abteilung ist peinlich alles zu vermeiden, was den Anstand und die persönliche Empfindlichkeit verletzt. — Hereditär syphilitische Säuglinge können auf Anordnung der Gesundheitsbehörde auch in solchen Krankenhäusern untergebracht werden, welche die Aufnahme venerischer Kranken bestimmungsgemäß ablehnen.

Besondere Aufmerksamkeit wird der Syphilis-Uebertragung durch Ammen gewidmet; nur in diesem Falle ist Anzeigepflicht gegeben; die infizierte Amme wird zwangsweise im Krankenhause behandelt, nur mit besonderer Erlaubnis in der Wohnung. Die gesunde Amme eines syphilitischen Säuglings darf andere Kinder nicht stillen. Die Ammen der Findelhäuser müssen sich allmonatlich einmal mitsamt ihrem Säugling untersuchen lassen.

Schweiz: Soweit die Verteilung der Seuchenbekämpfung auf Reich und Einzelstaaten in Betracht kommt, gleicht die Schweiz dem Deutschen Reiche. Der Bund hat die Bekämpfung der ausländischen (gemeingefährlichen) Krankheiten übernommen und den Kantonen die inländischen Krankheiten überlassen. Das Bundesgesetz vom 2. Juli 1886 ordnet das Verfahren gegenüber Blattern, Fleckfieber („Kriegs-, Hungertyphus usw.“), Cholera und Pest; es fehlt auch nicht — genau wie in Deutschland — ein dazu gehöriges Desinfektionsreglement (vom 4. Dezember 1899), das zunächst für die ausländischen Krankheiten bestimmt ist. Alle übrigen übertragbaren Krankheiten treten erst in den Verordnungen der Kantone auf.

Die Anzeigepflicht trifft den Haushaltungsvorstand und den Arzt gleichzeitig; letzterer hat sogar an zwei Stellen (Orts- und Gesundheitsbehörde) zu melden. Die Krankheitsliste nennt „Pocken, asiatische Cholera, Fleckfieber (Kriegs-, Hungertyphus usw), Pest“ und umgreift nur die Erkrankung, nicht den Verdacht und nicht den Todesfall. Auf die Anzeige folgt eine „Feststellung“ durch den beamteten Arzt. Isolierung und im Bedarfsfalle Krankenhauszwang sind durchaus präzise gefaßt; auch die ärztliche Ueberwachung der Ansteckungs- und Kontaktverdächtigen ist sehr gut herausgearbeitet. Erstaunlich modern lauten in diesem Gesetz die Entschädigungsbestimmungen: Kranke und Gesunde, die ohne eigenes Verschulden den Ueberwachungsmaßregeln unterworfen

werden, haben im Bedürfnisfalle Anspruch auf unentgeltliche Verpflegung und ärztliche Behandlung, ohne deshalb armengenössig oder rückerstattungspflichtig zu werden; Gesunden wird außerdem für erlittene Erwerbsverluste Entschädigung gewährt (das alles entspricht ungefähr dem Standpunkt des deutschen Reichsgesetzes). Der Bund erstattet den Kantonen die Hälfte ihrer Aufwendungen gegen die genannten Krankheiten, einschließlich der Entschädigungen, zurück. — Bemerkenswert maßvoll ist auch die Anordnung, daß Absperrung einzelner Ortschaften und Landesteile gegeneinander unzulässig sind.

Augenscheinlich hat nun — wie das nach unseren weiter folgenden Ausführungen auch begreiflich erscheint — die Ausführung der Bekämpfung der inländischen Seuchen durch die einzelnen Kantone nicht den Erwartungen entsprochen; denn im Dezember 1912 hat der Bund den stimmführenden Schweizerbürgern und den Kantonen eine Aenderung seiner Verfassung vorgelegt, die durch Volksabstimmung unterm 4. Mai 1913 angenommen wurde und als Bundesratsbeschluß vom 20. Juni nunmehr in Kraft getreten ist; hiernach ist der Bund befugt, Maßregeln zur Bekämpfung aller Infektionskrankheiten zu treffen. — Es ist also in absehbarer Zeit mit einer einheitlichen Regelung des Seuchenwesens in der ganzen Schweiz zu rechnen.

Es erübrigt sich demnach eine eingehende Schilderung der Kantonalgesetzgebung, die sehr buntscheckig ist. Wir geben nur einige interessantere Beispiele von den Kantonen:

Waadt ordnet in einem umfassenden Gesundheits-Gesetz vom 14. November 1897 auch die Bekämpfung der „epidemischen und kontagiösen Krankheiten“ ohne Nennung einzelner Krankheiten. Weitgehende Isolierung ist vorgesehen; die Gemeinde hat nötigenfalls zu diesem Zweck ein Isolier-Krankenhaus und Leichenhaus bereitzustellen. Ferner werden Vorsichtsmaßregeln an Leichen und die kostenlose Desinfektion im Bedürftigkeitsfalle angeordnet.

Der Kanton Basel-Stadt (19. Februar 1898) hat außer den hauptsächlichsten ausländischen und einheimischen Seuchen die Masern, Windpocken, Rose, Keuchhusten und Augenentzündung der Neugeborenen anzeigepflichtig gemacht. Es scheint die sehr ausgedehnte französische Krankheitsliste hier als Muster gedient zu haben. Außerdem ist aber — man möchte meinen überflüssigerweise — noch eine Befugnis zur Erweiterung der Liste dem Sanitätsdepartement verliehen.

Die allgemeine Bekämpfung schließt die Schulmaßnahmen ein. Das Sanitätsdepartement führt die Schlußdesinfektionen bei Scharlach, Masern und Tuberkulose amtlich und unentgeltlich aus, auch ohne den Nachweis der Bedürftigkeit der betreffenden Familie.

Aus der Verordnung des Kantons Zürich vom 29. Februar 1912 sind folgende Einzelheiten von Interesse:

Die ausländischen Krankheiten sind außer vom Arzte (der bei den inländischen Seuchen allein die Meldepflicht hat) auch vom Familienvorstand anzuzeigen und bedingen „in jedem Falle“(!) eine Ueberführung des Kranken ins Krankenhaus oder Absonderung; im übrigen kann eine Krankenhausbehandlung vom Amtsarzte angeordnet werden. Den ausländischen Krankheiten ist die Genickstarre gleichgestellt. Bei allen Seuchenfällen und bei Vergiftungen durch verdorbene Nahrungsmittel kann der Amtsarzt kontaktverdächtige Personen der Beobachtung unterstellen, im Hause des Kranken internieren oder in einem anderweitigen geeigneten Lokale überwachen lassen und die der Verbreitung der Krankheit Vorschub leistenden Betriebe schließen; zur Mithilfe bei der Ausführung dieser Maßregeln kann der behandelnde Arzt amtlich herangezogen werden. Die laufende Desinfektion ist Sache des behandelnden Arztes, die Schlußdesinfektion wird auf die Anzeige des behandelnden Arztes hin durch Organe der öffentlichen Gesundheitspflege angenommen. Die Kosten der Desinfektion fallen in letzter Linie der Gemeinde zur Last, der Staat stellt aber Dampfapparate nebst zugehörigen Transportwagen, Dienstkleider, Hüllen usw. zur Verfügung und leistet den Gemeinden für den Unterhalt der Lokale, Apparate, Desinfektionsmittel, Ausführung der Desinfektion und Entschädigung der Desinfektoren Beiträge. Den Desinfektoren steht Anspruch auf Pension und Reliktenversorgung zu.

Zürich hat in seiner Verordnung endlich noch einen kurzen aber zweckmäßigen Abschnitt über „offene Tuberkulose“; Tod und Wohnungswechsel ist immer anzuzeigen, Erkrankung nur, wenn sie die Umgebung des Kranken gefährdet. Auf die Meldung hin hat sich die Gesundheitsbehörde „in diskreter Weise über die Lebensverhältnisse des Erkrankten zu erkundigen und nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt diejenigen Maßnahmen zu treffen, die zur Verhütung weiterer Ansteckung geboten sind.“

Ueberhaupt ist in den Tuberkuloseverordnungen der Kantone mancherlei Bemerkenswertes geleistet; so z. B. findet sich in der ganzen Seuchenliteratur der Kulturländer eine so eingehende und auch dem Laien einleuchtende Definition der Tuberkulosegefährlichkeit, wie sie Schaffhausen in seiner Verordnung vom 6. Mai 1909 gegeben hat, kaum wieder:

„Der Tuberkulöse gefährdet seine Umgebung dadurch:

1. daß er in öffentlichen und Privatanstalten, wie z. B. in Waisen-, Schul- und Armenhäusern oder in Gasthöfen, Logierhäusern, Herbergen oder sonstigen Schlafstellen wohnt;

2. daß er infolge seiner Tätigkeit in enger Gemeinschaft mit anderen Personen in geschlossenen Räumen, wie Fabriken, Werkstätten, Schulen, Krippen und Wirtschaften längere Zeit verweilt oder mit der Herstellung und dem Verkauf von Lebens- und Genußmitteln beschäftigt ist;

3. daß er wegen ökonomisch bedrängter Verhältnisse im Hause in sanitärisch unzureichenden oder übervölkerten Wohnräumen lebt und die zum Schutze seiner Umgebung notwendigen Vorkehrungen nicht getroffen werden.“

Die Tuberkuloseverordnung Luzerns vom 1. Mai 1909 ordnet an, daß der Staat ein Institut zur Untersuchung des Auswurfes auf Bazillen bereitstellt (nur für Arme unentgeltlich). Die Leitung der Desinfektion hat der behandelnde, nicht der beamtete Arzt. — Gegenüber der Rindertuberkulose steht Luzern (wie Italien) auf dem unitarischen Standpunkt und bestimmt demgemäß in der gleichen Verordnung, daß die Kosten der Tuberkulinimpfung des Rindviehs aus der kantonalen Kasse zu ersetzen seien.

Mehrere Kantone haben die Bekämpfung ansteckender Kinderkrankheiten getrennt und durch eigene Verordnungen geregelt (ähnlich Preußen). Andere wieder, wie Zürich und Unterwalden (16. November 1901), beziehen die Schulmaßregeln in die allgemeine Bekämpfung ein. Dies tut auch St. Gallen (1. August 1901); dieser Kanton zeigt freilich auch, wie bedenklich es ist, wenn das Reich seinen Einzelstaaten die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten überläßt; St. Gallen zählt diese Krankheiten auf und fährt fort: „bei zahlreichem, epidemischem Auftreten dieser Krankheiten ist unverzüglich dem zuständigen Bezirksarzte Kenntnis zu geben und sind seine Weisungen .... zu vollziehen.“ Das ist der Typus der veralteten Verordnungen, etwa aus der Mitte der vorigen Jahrhunderte; nicht die vollentwickelten Epidemien, sondern die ersten Fälle sollten heute Objekt der behördlichen Aufmerksamkeit sein.

Nicht viel höher steht der Kanton Glarus mit seinem Gesetz betr. das Medizinalwesen vom 5. Mai 1907:

„In Fällen, wo ansteckende oder seuchenartige Krankheiten unter Menschen oder Tieren auftreten, sind diejenigen, welche sich mit der ärztlichen Behandlung befassen, verpflichtet, der Sanitätsdirektion ungesäumt Mitteilung davon zu machen.“

An dieser Bestimmung ist höchstens die Sanitätsdirektion als Adresse der Anzeige nachahmenswert.

In **Belgien** werden die einzelnen Seuchenmaßnahmen nach dem Gutachten der den politischen Behörden beigegebenen fachmännischen Gesundheitsräte angeordnet. Als solche Körperschaften bestehen: der oberste Gesundheitsrat in Brüssel, die Provinzial- und die Orts-Gesundheitskommissionen. Durch königliche Verordnung vom 20. Dezember 1911 sind ferner Gesundheitsinspektoren angestellt, die unter anderem Vorbeugungs- und Bekämpfungsmittel gegenüber den ansteckenden Krankheiten zu erforschen und den Gemeinden bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Vorbeugung übertragbarer Krankheiten beizustehen haben. Es gibt 3 Klassen solcher Gesundheitsinspektoren, die oberste Klasse hat etwa Bezirksarztgehalt; alle sind im Hauptamt angestellt und dürfen keine Nebenämter übernehmen.

In Belgien erfolgte bisher die Bekämpfung der Infektionskrankheiten durch ministerielle Rundschreiben und königliche Dekrete, die zeitlich zerstreut lagen. Ein ministerielles Rundschreiben vom 12. April 1907 verpflichtete alle Aerzte zur Anzeige auf einem bestimmten Formular; die Anzeige wurde bemerkenswerterweise mit 2 Franken vergütet. Die Fassung der Krankheitsliste zeigte einen ganz originellen Versuch: Jeder Krankheitsfall sollte anzeigepflichtig sein bei Cholera, Pest, Pocken, Kindbettfieber (bei ersteren beiden auch der Krankheitsverdacht); jeder Krankheitsherd bei Diphtherie und Typhus (Herd ist jeder erste Fall in einem Hause); jede Epidemie bei Masern, Scharlach, Trachom (Epidemie ist beim Bestehen von mindestens drei Herden gegeben). — Diese Be-

stimmung ist hier wegen ihrer eigenartigen, in keinem Staate wiederkehrenden Fassung aufgeführt; sie wird aber, ebenso wie die anderen Seuchenmaßnahmen, voraussichtlich bald einer neuen Ordnung Platz machen.

Der Entwurf eines neuen belgischen Gesundheitsgesetzes ist am 5. Dezember 1911 der Repräsentantenkammer vorgelegt worden. Soweit es über Seuchenbekämpfung handelt, ergibt sich folgendes Bild: Anzeigepflichtig sind nur wenige Krankheiten (von den inländischen nur Typhus, Scharlach, Diphtherie, Genickstarre). Der behandelnde Arzt hat an den beamteten Arzt, der Haushaltungsvorstand oder dessen Stellvertreter an den Bürgermeister zu berichten. Durch Königliche Verordnung kann die Krankheitsliste erweitert werden. Dreimalige Impfung, nämlich im 1., 11. und 21. Lebensjahr ist vorgesehen. — In den Entwurf ist ferner aus dem französischen Gesetz die Bestimmung fast wörtlich übernommen, wonach Oberaufsichts-Maßnahmen gegen eine Gemeinde dann einzutreten haben, wenn deren Mortalität eine Reihe von Jahren nacheinander die mittlere Mortalität übersteigt.

Die kurzen Bestimmungen **Luxemburgs** finden sich in einem höchsten Beschluß vom 22. Juni 1902 und in einem Ministerialbeschluß, der die Krankheitsliste enthält vom 24 Juni 1902, abgeändert durch Beschluß vom 17. Januar 1904. Diese Liste umfaßt Diphtherie, Scharlach, Unterleibstyphus (Nervenfieber), Ruhr, Genickstarre, Milzbrand, Rotz, Tollwut, Keuchhusten (hier nur jeder erste Fall), Kindbettfieber und die ausländischen Krankheiten (ohne Lepra). Anzeigepflichtig ist (wie in Frankreich) nur Arzt und Hebamme. Der Krankheitsverdacht ist besonders von der Anzeige ausgeschlossen, da die Krankheit nur nach Feststellung der Diagnose anzuzeigen ist, wohl aber ist der Todesfall anzeigepflichtig. — Ermittlungen durch den beamteten Arzt sind vorgeschrieben, ebenso werden von ihm die Schutzmaßnahmen getroffen. Er kann dazu jederzeit einen Kranken besuchen und hat nur vorher den behandelnden Arzt zu benachrichtigen. In die Behandlung des Kranken einzugreifen, ist ihm verboten. — Schutzmaßnahmen werden nicht besonders angeführt.

Luxemburg ist übrigens einer der wenigen europäischen Staaten, der die ärztliche Anzeige bezahlt, indem er dem Arzte (und ebenso der Hebamme) 1,50 Franks dafür vergütet.

Dänemark: Ein ganz vorzügliches Seuchengesetz, das in vielen Beziehungen den europäischen Ländern zum Vorbild dienen kann, hat Dänemark geschaffen. Das Gesetz stammt vom 31. März 1900, in allen wesentlichen Punkten ist es aber ein bis zwei Jahrzehnte älter und hat durch die mehrfachen Neuredaktionen nur geringe Aenderungen erfahren. Die Resultate der Seuchenbekämpfung mit diesem Gesetze sind in Dänemark ganz hervorragende gewesen, z. B. sind die gesamten akuten Infektionskrankheiten in dem Zeitraum von 1900 bis 1903 von rund 9500 auf 3800 Einzefälle, also um $^2/_3$ gefallen.

Der Hochstand der Seuchenbekämpfungsmaßregeln ist in Dänemark um so mehr anzuerkennen, als die gesamte Medizinal-Organisation des Landes keineswegs als eine besonders vorgeschrittene bezeichnet werden kann. Der Bezirksarzt (Physikus) hat enorme Bezirke zu versorgen, sowohl in

Hinsicht auf Bevölkerungszahl, als namentlich auf räumliche Ausdehnung und erhält dafür ein sehr geringes Gehalt, von dem er unmöglich leben kann; er ist daher auf Privatpraxis angewiesen und wird dadurch seinen Amtsaufgaben vielfach entzogen. Infolgedessen liegt auch der Schwerpunkt der Seuchenbekämpfung nicht beim Bezirksarzt, sondern bei den Gesundheitskommissionen, denen allerdings der Bezirksarzt als Mitglied angehört. Es sind das städtische Körperschaften aus 5—7 Mitgliedern, denen nicht nur die Beratung der Gemeinde obliegt, sondern die selbst die Exekutive übernehmen; hierin unterscheiden sie sich von den Gesundheitskommissionen Preußens und der meisten ausländischen Staaten. Ihre Schwäche liegt begreiflicherweise in ihrer Abhängigkeit von der Gemeindeverwaltung, aus der sie ja selbst hervorgegangen sind und der gegenüber sie nicht energische Anforderungen stellen können. In manchen ländlichen Bezirken sind aber noch keine Gesundheitskommissionen vorhanden; in diesen werden dann nur zum Zweck der Seuchenbekämpfung sog. Epidemie-Kommissionen gebildet.

Der Sachverständige der Epidemiekommissionen ist der Distriksarzt; er wird ohne besonderes Staatsexamen aus der Reihe der praktischen Aerzte heraus gewählt und bezieht einen so minimalen Gehalt, daß er fast ausschließlich von der Privatpraxis zu leben gezwungen ist. Diesen Epidemiekommissionen ist also auf dem Lande die Seuchenbekämpfung mit zum Teil weitreichenden Eingriffen in die persönliche Freiheit der Bewohner anheimgegeben.

Es ist wohl keine Frage, daß diese Organisation allein nicht die ausgezeichneten Erfolge des dänischen Systems erklären kann; diese sind vielmehr zum größten Teile der weitgehenden Fürsorge des Staates für den einzelnen Kranken zu verdanken. Das dänische Gesetz führt nämlich einen ganz neuen Gedanken der Seuchenbekämpfung ein, indem es dem Staate die Obsorge für die ärztliche Behandlung des Kranken auferlegt. Je nach der Natur der betreffenden Infektionskrankheit hat der Kranke entweder ohne weiteres oder unter bestimmten Vorausetzungen Anspruch auf öffentliche Behandlung (offentlig Behandling).

Das Gesetz sagt: Jeder Arzt, dem die öffentliche Behandlung obliegt, soll tunlichst jeden Fall der betreffenden Krankheit, bei dem seine Hilfe verlangt wird, behandeln und außerdem bei den Fällen, wo die Behandlung von einem anderen Arzte erfolgt, die Aufsicht darüber führen, daß die von diesem vorgeschriebenen Maßregeln zur Isolierung des Falles und zur gehörigen Desinfektion beobachtet und ausreichend ausgeführt werden.

Dieser Arzt tritt dann der Gesundheitskommission (Epidemiekommission) des betreffenden Bezirks bei und gilt, wie jeder in gleicher Stellung befindliche Stadt- oder Bezirksarzt, als amtlicher Epidemie-Arzt. An ihn gehen dann die Krankheitsanzeigen der übrigen praktischen Aerzte; von ihm geht die Anordnung aus, daß auch weitere in dem Seuchengesetze nicht genannte Krankheiten von den Aerzten anzuzeigen sind.

Die öffentliche Behandlung erstreckt sich auf die ausländischen Krankheiten (Cholera, Pest, Gelbfieber, Flecktyphus, Pocken) und Ruhr. Andere ansteckende Krankheiten (mit Ausnahme der venerischen, für die besondere Regulative bestehen) und chronische ansteckende Hautkrankheiten können, wenn sie bösartig oder in großem Umfange oder sonst unter

Verhältnissen auftreten, die besonderen Anlaß dazu bieten, von der Oberaufsichtsbehörde als Gegenstand öffentlicher Behandlung erklärt werden; diese Erklärung, von der tatsächlich in weitestem Umfange Gebrauch gemacht wird, muß veröffentlicht werden. Kranke, die an Diphtherie, Typhus, Scharlach, Cerebrospinal-Meningitis leiden, werden auf Verlangen irgendeines Arztes in ein Kranken- oder Seuchenhaus unentgeltlich aufgenommen; der Staat zahlt drei Viertel, die Gemeinde ein Viertel der Kosten. Wird die Krankheit nachträglich als Gegenstand öffentlicher Behandlung erklärt, so übernimmt der Staat die ganzen Kosten; wird die öffentliche Behandlung nicht beschlossen, oder lag eine irrige Diagnose vor, so bleibt es bei der ersten Kostenverteilung; diese greift auch dann Platz, wenn die Gemeinde andere als die obengenannten Krankheiten statutarisch (mit Genehmigung des Justizministeriums) als Gegenstand der öffentlichen Behandlung erklärt, und solche Kranke in das Gemeinde-Seuchenhaus aufgenommen werden.

Während also in fast allen anderen Staaten die ärztliche Behandlung Privatsache des Kranken ist und nur die Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit die öffentliche Fürsorge beschäftigt, wird hier der Kranke selbst in Angriff genommen. Indem der Staat neben den beamteten Aerzten Privatärzte als Epidemieärzte für die Durchführung dieser öffentlichen Behandlung zur Verfügung stellt, gewinnt er die Möglichkeit, diese Aerzte zugleich in den Dienst der Medizinalpolizei zu stellen, und veranlaßt gerade die tiefsten Schichten der Bevölkerung, die den Arzt der Kosten wegen scheuen und mangels jeder Kenntnis ihrer Krankheit die schlimmsten Infektionsherde bilden, zur Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und des Krankenhauses und damit zur Assanierung ihres gesamten Milieus.

Die ausländischen Krankheiten sind stets Gegenstand öffentlicher Behandlung, die inländischen Krankheiten werden es auf Verlangen eines Arztes oder auf Beschluß der Gemeindeverwaltung. Der Staat vergütet für die in solchen öffentlichen Krankenhäusern verpflegten Kranken $^3/_4$ der Kosten bei Annahme eines festen Verpflegungssatzes von 2,50 Kronen (2,80 M.). Infolgedessen bildet die Krankenhaus-Unterbringung der Infektionskranken, ohne Unterschied der Krankheit, die Regel; es ist damit eine weitgehende Isolierung der Infektionskranken erreicht, die anderswo, selbst durch strengen Krankenhauszwang, nicht hat erreicht werden kann.

Aus den übrigen Bestimmungen des dänischen Gesetzes ist zunächst die eigentümliche Regelung der Anzeigepflicht hervorzuheben. Nur die ausländischen Krankheiten, einschließlich der Ruhr, sind anzeigepflichtig, die inländischen nur dann, wenn eine öffentliche Behandlung verlangt wird. Anzeigepflichtig sind, wie anderwärts, auch Aerzte und Haushaltungsvorstand; nur die ärztlichen Anzeigen gehen an eine ärztliche Meldestelle (Epidemiearzt), die anderen Meldungen dagegen an den Gemeindevorstand; die Meldung an den Epidemiearzt, so

gut sie gemeint ist, hat doch angesichts der nur sehr losen Beziehungen dieser Arztinstanz zu den staatlichen Behörden ihr Bedenkliches. Der Gemeindevorstand hat auf die Meldung hin die Verpflichtung, einen Arzt zuzuziehen, falls das nicht schon geschehen ist; jedem Arzte ist durch das Gesetz die ausdrückliche Pflicht auferlegt, der Umgebung des Kranken über die Vorkehrungen Anweisung zu erteilen, die zur Verhütung einer Verbreitung der Krankheit zweckmäßig zu treffen sind.

Ueber die Ermittlungen ist nur bestimmt, daß der Physikus im Falle einer gemeingefährlichen Krankheit sich durch persönliche Untersuchung in dem von ihm für nötig befundenen Umfange davon überzeugen soll, daß Vorkehrungen gegen diese Krankheit in erforderlichem Umfange getroffen sind. Eine Leichenobduktion kann bei gemeingefährlichen Krankheiten jederzeit angeordnet werden. Abgesehen von der eigentlichen Anzeige hat jeder Arzt allwöchentlich dem Bezirksarzt eine Uebersicht über die von ihm behandelten Fälle von ansteckenden Krankheiten zu übersenden. Die Erweiterung der Krankheitsliste wird von den Epidemieärzten ohne irgendwelche behördliche Mitwirkung beschlossen.

Von besonderen Schutzmaßnahmen des Gesetzes sind folgende zu erwähnen: Kennzeichnung des Hauses bei gemeingefährlichen Krankheiten, Verbot der Benutzung von allen öffentlichen Transportmitteln seitens aller Infektionskranken (die Infektionskrankheiten sind hier einzeln benannt); Desinfektion; Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen; Herrichtung von Isolierräumen — hier können private Lokale gegen Vergütung zwangsweise requiriert werden —; Bereitstellung von Wärterpersonal zur Krankenbehandlung, von Beförderungsmitteln und von Leichenhäusern; Krankenhauszwang. — Zum Zwecke der Isolierung ist der Gesundheitskommission die Ermächtigung gegeben, den Zutritt zu einem Infektionskranken zu verbieten und die Durchführung des Verbots nötigenfalls durch Absperrung zu erzwingen. Während der Desinfektion können die Hausbewohner auslogiert werden; ebenso können die Kinder armer Leute, so lange die Krankheit in deren Wohnung herrscht, auf Wunsch der Eltern anderswo in Pflege gegeben werden. Die Kosten dieser beiden Maßnahmen werden aus öffentlichen Mitteln vergütet; ihre Gewährung darf nicht als Armenunterstützung angesehen werden. Milchgeschäfte, denen von dem Gesetz überhaupt eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird, können im Falle der Infektionsgefahr geschlossen werden; für den dadurch entstehenden Verlust wird Vergütung geleistet. Lustbarkeiten und Massenansammlungen, sowie Leichengefolge können untersagt werden.

Die Desinfektion findet behördlich statt und zwar durch die von der Gesundheitskommission bestimmten Personen; die Desinfektionskosten, darunter auch die Fuhrkosten, werden rückvergütet.

Bezüglich des Krankheitsverdachts gibt es in Dänemark nur andeutende Bestimmungen: Bei den anzeigepflichtigen Krankheiten sollen auch die Fälle von milder oder nicht ganz ausgesprochener Form (Abortivfälle) einbegriffen sein. Der Haushaltsvorstand hat, auch auf die bloße Vermutung hin, gemeingefährliche Krankheiten in seinem Hause anzuzeigen. Besonders der Krankheitsverdacht bei Kontaktverdächtigen wird berücksichtigt. Es kann ihnen Reinigung, Desinfektion, Unterbrechung ihrer Tätigkeit (bis sie durch ärztliches Zeugnis als unverdächtig erklärt sind) auferlegt, ja sie können im Falle des Verdachts einer gemeingefährlichen Krankheit im Hause isoliert oder zum Eintritt in das Krankenhaus gezwungen werden.

Charakteristisch ist für das dänische Gesetz die teilweise schon oben gestreifte weitgehende Entschädigung und Kostentragung durch den Staat. So wird Entschädigung gewährt für den Verlust, den die Kontaktverdächtigen durch Isolierung, die Milchhändler durch Geschäftsschluß, die Fuhrherren durch Desinfektion der Gefährte, die Wohnungsinhaber durch Auslogierung erleiden. Der Staat vergütet ferner alle Ausgaben, die sich aus den von der Gesundheitskommission verfügten Vorbeugungsmaßregeln ergeben. Von der Kostenübernahme für die öffentliche Behandlung ist schon oben gesprochen. Für die öffentliche Behandlung ist ähnlich wie bei der Entschädigung für auslogierte Kinder bestimmt, daß Behandlung, Pflege und Arzneimittel vergütet werden, und daß dies in keinem Falle als Armenunterstützung angesehen wird. Allerdings haben diejenigen Personen, die nach Ansicht der Gemeindeverwaltung als unvermögend nicht gelten können, die Ausgaben dem Staate zurückzuerstatten. Ueber die Höhe der Vergütung gibt es ein Instanzenverfahren, bei dem aber auch die I. Instanz noch stets kostenlos ist und erst die II. Instanz, falls ihre Entscheidung ungünstig ausfällt, dem Beschwerdeführer zur Last fällt.

Eine durchaus originelle Gesetzgebung (vom 30. März 1906) besitzt Dänemark gegenüber den venerischen Krankheiten. Die Grundgedanken des Gesetzes sind Unterdrückung der Prostitution, Gelegenheit zu kostenloser Behandlung und schwere Bestrafung bewußter Krankheitsübertragung.

Die Unterdrückung der Prostitution ist eine absolute; Uebertretungen werden mit Gefängnis bestraft. Wer ein Bordell unterhält, Kuppelei betreibt oder auch nur in seinem Hause Unterschlupf für Geschlechtsverkehr gewährt, wird mit Gefängnis oder Zuchthaus bestraft.

Die kostenlose Behandlung wird allen Personen, die an Geschlechtskrankheiten leiden, ohne Rücksicht auf ihre Vermögenslage gewährt. Unter allen Umständen sind die Kranken zur ärztlichen Behandlung verpflichtet. Besteht nach Lage der gesamten Verhältnisse die Gefahr der Weiterübertragung oder werden die Sanitätsvorschriften nicht innegehalten, so tritt Zwangs-Krankenhaus-Behandlung ein. Den aus der Behandlung Entlassenen kann vom behandelnden Privatarzte die Verpflichtung auferlegt werden, sich von Zeit zu Zeit wieder einzufinden (bei Strafe von 200 Kronen). Auch darf der auf öffentliche Kosten in einem Krankenhaus Behandelte das Krankenhaus nur mit Genehmigung des Arztes verlassen (Strafe bis zu 1 Monat Gefängnis).

Die **Verhütung** bewußter Uebertragung der Geschlechtskrankheiten ist vielleicht der originellste Punkt des dänischen Gesetzes. Jeder Arzt, der eine geschlechtskranke Person behandelt oder untersucht, ist (bei 200 Kronen Strafe) verpflichtet, diese auf die Ansteckungsgefahr und auf die gerichtlichen Folgen aufmerksam zu machen, die eintreten würden, wenn jemand von ihr angesteckt oder der Ansteckung ausgesetzt werden sollte. Der Betreffende, der darüber ein Verhandlungsprotokoll zu unterschreiben hat, wird verpflichtet, bis zur Heilung keinen geschlechtlichen Verkehr zu pflegen; läuft Anzeige einer Uebertretung des Verbots gegen ihn ein, so kann der Beweis des Krankheitsbewußtseins stets durch die dem Arzt gegebene Unterschrift erbracht werden. Besonders schwere Strafe trifft ihn, wenn er heiratet und seine Ehefrau ansteckt. Syphilisverdächtige oder syphilitische Kinder dürfen nicht einer Amme zum Stillen übergeben oder mit anderen Kindern zusammen untergebracht werden; Syphilisverdacht besteht dabei, wenn Vater oder Mutter sich vor weniger als 7 Jahren Syphilis zugezogen haben und noch nicht 3 Monate seit der Geburt verflossen sind. Der der bewußten Uebertragung Verdächtige kann auf Gerichtsbeschluß zwangsweise untersucht werden; im Falle der Bestätigung des Verdachts hat er nicht nur schwere Freiheitsstrafe zu erleiden, sondern auch die durch die Weiterübertragung verursachten Kosten zu tragen.

Einem Teile dieser Maßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten wird man restlos zustimmen können. Die kostenlose Behandlung, die Maßnahmen zur Schärfung des Verantwortlichkeitsgefühls bei dem Erkrankten sind durchaus nachahmenswert. Bedenklicher sind die allgemeinen Prohibitiv-Maßnahmen: Seit dem Verbot der Prostitution in Dänemark sind auch naturgemäß die periodischen Untersuchungen durch die Polizeiärzte weggefallen — es gibt ja keine Prostitution mehr in den Augen der Polizei. Dadurch wird aber leicht die öffentliche, reglementierte Prostitution in eine heimliche, unreglementierte umgewandelt. Tatsächlich sind, wie Blaschko[1]) auf Grund eigener Anschauung berichtet, die Einlieferungen aufgegriffener heimlich Prostituierter in Kopenhagen auch nach Erlaß des Gesetzes noch recht zahlreich gewesen, so daß man von einer Besserung der Erkrankungsziffer bis dahin nicht reden kann.

Auch über die Tuberkulose hat Dänemark unterm 14. April 1905 eigene Gesetze geschaffen, die ihre Fürsorge für Tuberkulöse sehr weit erstrecken und anderseits erhebliche Freiheitseingriffe und Strafen enthalten:

Jeder Arzt muß jeden von ihm behandelten Fall von Lungen- oder Kehlkopftuberkulose dem Amtsarzt anzeigen, ebenso ist der Todesfall anzuzeigen. Die Gesundheitskommission verfügt dann die nötigen Desinfektionsmaßnahmen; besteht nach den besonderen Verhältnissen des Falles die Gefahr der Weiterübertragung, so kann die Kommission nach eigenem Ermessen alle nötigen weiteren Anordnungen treffen, nur darf dem Kranken die Erwerbstätigkeit oder das Zusammenleben mit dem Ehegatten nicht untersagt werden. Im Falle der Ueberführung in ein Krankenhaus erfolgt die Verpflegung auf öffentliche Kosten, von denen der Staat drei Viertel trägt. Tuberkulöse Frauen dürfen nicht Ammendienste verrichten oder Kinder in Pflege nehmen. Weitgehende Reinigungsmaßnahmen für die Schulen sind vorgeschrieben. Tuberkulöse Kinder werden vom Schulbesuch ausgeschlossen und auf öffentliche Kosten gesondert unterrichtet. Lehrer müssen vor ihrer Anstellung durch ärztliches Attest nachweisen, daß sie nicht an Tuberkulose leiden; erkranken sie später daran, so werden sie zwangsweise mit $^{2}/_{3}$ des Gehaltes pensioniert. Tuberkulöse Militärpersonen werden auf Staatskosten ins

[1]) Blaschko: Vortrag auf der Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins zu Jena; 1909. Off. Bericht, S. 78.

Krankenhaus aufgenommen. Die Staatskasse vergütet den Tuberkulose-Krankenhäusern etwa $^3/_4$ der Verpflegungskosten für wirtschaftlich schwache Patienten; dafür dürfen die täglichen Verpflegungssätze 2 Kronen 50 Oere nicht übersteigen. Für Aufführung und Erweiterung von Tuberkulose-Krankenhäusern werden jährlich 10000 Kronen vom Staate zur Verfügung gestellt und müssen ausgegeben werden. Ein besonderes Gesetz setzt den Staatszuschuß für die Errichtung solcher Anstalten auf 1250 Kronen pro Bett fest. — Bei diesen großartigen Wohlfahrtsmaßnahmen ist es verständlich, daß eine strikte Respektierung der Schutzmaßnahmen verlangt wird, und daß demnach für Uebertretungen des Gesetzes Geldstrafen bis zu dem hohen Betrage von 2000 Kronen oder Gefängnis vorgesehen ist.

Die segensreichen Folgen dieses Tuberkulose-Gesetzes sind nicht ausgeblieben; denn während von 1901 bis 1905 die Tnberkulose-Mortalität, die von 1870 bis 1900 in stetem Sinken (von 30 auf 15 zu 10000) gewesen war, zu einem Stillstand gekommen war und fast konstant $14^1/_2$ auf 10000 betrug, trat 1906 eine neue Abnahme ein, die bisher gleichmäßig angedauert hat und die Todesziffer an Lungentuberkulose zu der ausnehmend günstigen Ziffer von 11,5 auf 10000 Lebende hat sinken lassen.

Die Gesetzgebung in **Schweden** ist wie das durch das frühe Datum des Gesetzes über öffentliche Gesundheitspflege vom 25. September 1874 schon a priori anzunehmen ist, eine ziemlich unvollkommene. Allerdings kommen neben dem Gesetze noch eine Instruktion für die Medizinalbeamten und praktischen Aerzte vom 31. Oktober 1890 und eine Kgl. Verordnung vom 16. Juni 1905 betr. Maßregeln gegen die Einschleppung von Pest und Cholera in Betracht, die manche Lücken des Gesetzes ausfüllen.

Die Anzeigepflicht obliegt dem praktischen Arzte und umfaßt außer den ausländischen Krankheiten (ohne Aussatz) jeden Fall von Typhus, Typhoidfieber, Scharlach, Diphtherie und Ruhr. Die Anzeigen gehen an das Gesundheits- oder Kommunalamt und von diesem an den Provinzialarzt, der dann schriftlich oder mündlich die notwendigen Anweisungen trifft. Ermittelungen sind nicht erwähnt. Von bakteriologischen Untersuchungsinstituten ist selbstverständlich keine Rede, sie sind auch bis heute in Schweden nur spärlich vorhanden. — Besondere Schutzmaßnahmen sind nur in geringer Zahl vorgesehen und auf den Fall einer schweren Epidemie beschränkt; es sind: Wohnungsräumung, Verbot von Menschenansammlungen, Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen (über deren Beachtung charakteristischerweise die Geistlichkeit zu wachen hat), Schulschließung. Im übrigen hat der Statthalter das Recht, falls eine Epidemie droht oder sich bereits zeigt, nach eigenem Ermessen die Vorkehrungen zur Eindämmung und zur Verhinderung einer weiteren Verbreitung der Krankheit zu treffen. Auch muß die Gemeinde, so schnell als es angezeigt erscheint, ein eigenes Spital oder einen eigenen Krankenraum herstellen. — Die Desinfektion ist nicht unter den Schutzmaßnahmen genannt. Doch sind am 21. September 1904 vom Medizinalamt Desinfektionsvorschriften erlassen.

Interessant ist bei aller Unvollkommenheit dieses Gesetzes ein weitgehender Prophylaxe-Paragraph, der auszugsweise folgendermaßen lautet:

„Der Statthalter wacht darüber, daß die Gemeinden und Aerzte ihre Verpflichtungen in bezug auf die öffentliche Gesundheit erfüllen; er kann, falls in einer Stadt eine Epidemie oder eine auffallend große Sterblichkeit herrscht, sofort Maßnahmen zur Beseitigung des Uebels treffen und wenn nötig, Strafen verhängen; auch können notwendige Arbeiten und Vorkehrungen auf Kosten des Säumigen öffentlich ausgeführt werden.“

Dieser Prophylaxe-Paragraph ist vielleicht das Beste aus den schwedischen Bestimmungen; es tritt hier übrigens ähnlich wie in Frankreich eine Art automatische Anzeige mit Hilfe der Mortalitätsstatistik in die Erscheinung.

Eine besondere Tuberkulose-Gesetzgebung, wie die anderen skandinavischen Reiche, besitzt Schweden nicht, die Tuberkulosebekämpfung ist aber im Staatshaushalt zu finden. Auf Antrag eines Komitees beschloß der Reichstag im Jahre 1909, daß der Staat bei Errichtung von Tuberkulose-Anstalten die Hälfte der wirklichen Baukosten bis zum Betrage von 1000 Kronen pro Bett tragen und das für diesen Zweck benutzte Kronland unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden sollte. Außerdem wurde ein staatlicher Beitrag von $^1/_2$ Krone pro Tag und Patienten für die nächsten 10 Jahre, d. s. etwa 1 Million Kronen, in Aussicht gestellt. Die Gesamtbeiträge des Staates, unter der Annahme der Errichtung von jährlich 460 Betten für Tuberkulose, werden deshalb bis zum Jahre 1918 auf 11 Millionen Kronen sich belaufen.

Norwegen: Das Gesetz vom 16. Mai 1860 „über Gesundheitskommissionen und Veranstaltungen wegen epidemischer und ansteckender Krankheiten“ trägt durchweg die Spuren seiner Entstehung aus einer Zeit, in der die wissenschaftlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung noch beinahe völlig fehlten. Das Beste an dem Gesetz sind die Gesundheitskommissionen; jede Stadt soll nämlich eine Gesundheitskommission besitzen, in der der Arzt den Vorsitz führt, und die ihr Augenmerk auf alle Gesundheitsverhältnisse des Ortes hinlenken soll, z. B. Sauberkeit, Abwässerbeseitigung, Reinigung der Aborte, Beschaffung von Trinkwasser, Verkauf von Nahrungsmitteln, Assanierung dunkler, schlecht gelüfteter feuchter Wohnungen, Ueberwachung der Gewerbe und der Begräbnisplätze.

Im übrigen ist wenig Nachahmenswertes in dem Gesetz enthalten; denn der ganze Tenor der Bestimmungen bezieht sich fast ausschließlich auf Epidemien und nicht auf die ersten Fälle.

Eine Anzeigepflicht für Aerzte besteht nur bedingt, nämlich wenn ihnen ein Fall von infektiöser Krankheit vom Hausvorstand gemeldet wird; selbständig melden sie nur bei mehr ausgebreiteten bösartigen Krankheiten. Im übrigen hat der Hausvater oder der Hausgenosse die Anzeigepflicht aber auch erst dann, wenn er bemerkt, daß sich eine Krankheit auf mehrere Personen ausbreitet und diese eine bösartige Beschaffenheit zeigt. Die Meldung geht an die Gesundheitskommission oder nach Belieben an den nächstwohnenden Arzt, der dann zur Anstellung von Ermittelungen verpflichtet ist. Eine Liste der

anzeigepflichtigen Krankheiten fehlt, ebenso fehlt eine nähere Bezeichnung der zulässigen Schutzmaßnahmen, von denen nur die Zwangskrankenhausbehandlung in jedem Falle durch die Gesundheitskommission angeordnet werden kann. Die übrigen Schutzmaßnahmen beziehen sich nur auf die Ausbreitung oder das Umsichgreifen einer Krankheit. Die Gesundheitskommission ist dann in ihren Anordnungen nicht eingeschränkt; verlangt aber deren Inswerksetzen Geldmittel, so sind diese erst durch eine Eingabe an den Amtmann, also mit Zeitverlust, zu beschaffen. Es kann dann ein provisorisches Krankenhaus errichtet oder ein entsprechendes Lokal durch Bestimmung der Gesundheitskommission zwangsweise verlangt werden. Ferner ist Desinfektion zugelassen und (wie bei allen älteren Gesetzen) weitgehende Leichenmaßnahmen. Jede Leichenwache und jedes Leichengefolge wird verboten; die Särge müssen inwendig geteert sein und wenigstens 4 Ellen unter die Erdoberfläche eingesenkt werden. — Irgend eine wesentliche Kostenübernahme oder Entschädigung ist durch das Gesetz nicht gegeben. Dem Arzt werden nur die Behandlungskosten und die Reiseauslagen gewährleistet, doch bleiben die Privatpersonen, soweit sie Einkommen haben, zur Vergütung der Behandlung verpflichtet.

Neueren Datums und von größerer wissenschaftlicher Bedeutung ist das Norwegische Gesetz betreffend Maßnahmen zur Bekämpfung tuberkulöser Krankheiten vom 8. Mai 1900.

Bemerkenswert ist zunächst der Umfang der Anzeigepflicht, die jede Krankheit tuberkulösen Ursprungs umfaßt, soweit sie mit Abscheidungen verbunden ist, von denen angenommen werden kann, daß sie eine Gefahr für die Ausbreitung der Krankheit darstellen. Der Arzt hat jeden Krankheits- und Todesfall anzuzeigen; die Anzeige der Todesfälle ist weiter dadurch sicher gestellt, daß den Angehörigen die Verpflichtung, dem Arzte Mitteilung zu machen, auferlegt ist. Eine Anzeige bei Wohnungswechsel kann vorgeschrieben werden. Der praktische Arzt ist in mehrfacher Weise beteiligt, indem er sowohl über die hygienischen Verhältnisse des Kranken dem Vorsitzenden der Gesundheitskommission Auskunft zu geben hat, als auch die nötigen Vorbeugungsmaßregeln anzugeben und ihre Ausführung zu beachten hat. Mangels geeigneter Ausführung hat er Anzeige zu erstatten; es tritt dann behördliche Ausführung der Maßnahmen durch den Vorsitzenden der Gesundheitskommission ein, der übrigens seinerseits stets weitere Maßnahmen treffen kann. Ein Krankenhauszwang kann durch die Gesundheitskommission ausgesprochen werden. Im Todesfalle und bei Wohnungswechsel soll der Wohnraum, Kleider und Bettwäsche desinfiziert oder, wie das Norwegische Gesetz sich ausdrückt, gereinigt werden. Die Desinfektion geschieht behördlich durch gut ausgebildete Mannschaften. Erkrankte Personen dürfen nicht in Privatpflege gegeben werden und nicht bei dem Verkauf von Lebensmitteln mitwirken oder die Pflege und Wartung von Kühen übernehmen. Kranke Frauen dürfen nicht Dienste als Ammen oder Kindermädchen annehmen. —

Viele weitere Einzelheiten sind der Regelung durch königliche Verordnung vorbehalten, so namentlich die Bekämpfung der Tuberkulose in Werkstätten, Hotels, Versammlungslokalen, Gefängnissen, Eisenbahnwagen. Das Gesetz enthält aber noch bezüglich der Kosten, die den Gemeinden sehr weit entgegenkommenden Bestimmungen, daß die Staatskasse $^4/_{10}$ der Krankenhauskosten für die Verpflegung des Tuberkulösen übernimmt; außerdem kann durch Beschluß des Amtsausschusses noch die Hälfte der Kosten auf die Kreiskasse übertragen werden. Ebenso werden die Ausgaben für die nötigen Desinfektionsmittel grundsätzlich nicht vom Kranken, sondern von der Gemeindekasse getragen, und nur die Eigentümer von Heilstätten und andere Personen, die eine Bezahlung von den Kranken erhalten, haben diese Ausgaben selbst zu bestreiten. Nach dem Beispiele Bergens rechnen mehrere große Gemeinden Norwegens die Gemeindezuschüsse an bedürftige Tuberkulöse behufs Krankenhausaufenthalts nicht als Armenunterstützung.

Die Erfahrungen[1]), die Norwegen mit seinem Tuber-

[1]) Vergl. J. Kaup. Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern. Berlin (Heymanns Verlag) 1910.

kulosegesetz gemacht hat, sind durchaus gut gewesen. Die Meldepflicht hat sich im ersten Jahrzehnt völlig eingelebt und wird jetzt tatsächlich fast lückenlos geübt. Dem Desinfektionspersonal wird nicht nur kein Widerstand entgegengesetzt, sondern seine Hilfe wird vielfach freiwillig erbeten. Die Krankenhausüberführung schwertuberkulöser Personen erfolgt sehr oft, aber nur in sehr wenigen Fällen zwangsweise gegen den Willen des Kranken oder seiner Familie.

Portugal[1]) hat seinen gesamten Gesundheitsdienst durch die Königlichen Dekrete vom 4. Oktober 1899, 28. Dez. 1899 und 24. Dezember 1901 organisiert. Es besteht eine Generaldirektion für öffentliche Gesundheitspflege, bei der sowohl der Direktor, wie der Abteilungschef Aerzte sind (gegen ein nach unsern Begriffen sehr bescheidenes Gehalt) und ein oberster Gesundheitsrat, in dem die ersten medizinischen Autoritäten des Landes vertreten sind. Die spärlichen Bestimmungen über Infektionskrankheiten in diesen Dekreten lauten:

Jeder Arzt wird als fachmännischer Gesundheitsbeamter betrachtet inbezug auf die Verpflichtung, die ihm betreffs der Mitteilung von Fällen ansteckender, seuchenartiger oder verdächtiger Krankheiten obliegen, sowie betreffs des beruflichen Beistandes, den er leisten muß, wenn dieser von der Gesundheitsbehörde verlangt wird.

In Art. 60 des General-Reglements werden als solche anzeigepflichtigen Krankheiten bezeichnet: Die ausländischen genau wie im deutschen Gesetze (Verdachtsfälle aber nur bei Pest, Cholera und Gelbfieber), von den inländischen Typhus, Scharlach, Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Genickstarre, Tollwut, Milzbrand, Rotz. Von diesen sind Verdachtsfälle nicht eingeschlossen. Außerdem ist aber „jeder sonstige Fall infektiöser oder epidemischer Art, der geeignet ist, eine Gefahr für das öffentliche Wohl zu bedingen oder den zu wissen sanitätspolizeilich wichtig ist“, anzuzeigen. Die Anzeige geht an den Kreisarzt. Der Kreisarzt hat alsdann die Sache zu untersuchen (also eine Art „Ermittelung“), Abwehrmaßregeln in die Wege zu leiten und zu berichten.

Wenn Portugal die ausländischen Krankheiten so vollständig in die Anzeigepflicht einschließt, so hat es dafür seine guten Gründe; denn Lissabon ist gleichsam das erste Filter für die aus Ostasien und Brasilien auf europäischen Boden importierten Krankheiten. Namentlich der Import von Pocken und Gelbfieber aus Brasilien ist ein ständiger. Eine gute Unterstützung bei deren Bekämpfung bildet einmal das kgl. Bakteriologische Institut „Camara Pestana“ und dann das imposant eingerichtete Hospital do Rego für ansteckende Krankheiten in Lissabon. — Allerdings ist leider die bakteriologische Untersuchung nur für Arme kostenlos, während im übrigen ein nicht ganz billiger Tarif besteht; so kostet z. B. eine Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen ca. 11 Mk.

Gegenüber den ziemlich dürftigen allgemeinen Seuchenbestimmungen hat Portugal eine sehr gute Verordnung über die Tuberkulose (vom 30. August 1902) erlassen.

Danach ist jeder Erkrankungs- und Todesfall an Tuberkulose gleich

[1]) J. Bornträger: Das öffentliche Gesundheitswesen in Lissabon. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; XXXIV, 1907, Suppl.-Heft, S. 151.

viel welchen Organs vom behandelnden Arzte der Gesundheitsabteilung **anzuzeigen**. Im Falle „ausgebrochener“ Tuberkulose (wir würden sagen: „offener Tuberkulose) und stets bei Lungentuberkulosen muß der meldende Arzt die Vorbeugungsmaßregeln bezeichnen; die Familienmitglieder müssen diese erfüllen, andernfalls setzt sie die Gesundheitsbehörde durch. Die **Desinfektion** der Wohnung ist nach Wohnungswechsel und Todesfall zwangspflichtig bei offener Tuberkulose und stets bei Lungentuberkulose. Dabei hat der Arzt im Todesfall, der Familienvorstand (Hauswirt, Pfleger) im Falle des Wohnungswechsels, die Verpflichtung zur Beantragung der Desinfektion; subsidiär liegt auch im letzteren Falle dem Arzte der Antrag ob. Die Verpflichtung zur Beantragung der Desinfektion ist den Gasthausbesitzern noch besonders auferlegt; erhalten diese keine Deckung für ihre Ausgaben oder liegt ein Todesfall vor, so werden für die Desinfektion keine Kosten angerechnet. Die Gasthausbesitzer müssen für tuberkulöse Personen Hausgeräte und Wäsche besonders halten. Im Lebensmittelverkehr sowie in Fabriken, Schreibstuben, Krankenhäusern, Krippen und Schulen dürfen keine tuberkulösen Personen beschäftigt werden. Die Polizei wird ermächtigt, nach freiem Ermessen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose zu treffen, insonderheit Spuckverbote zu erlassen.

Von dieser Ermächtigung haben mehrere Städte Gebrauch gemacht; so bestimmt die Stadtverordnung des **Gouverneurs von Lissabon** unterm 14. März 1902, daß in Kirchen, Schulen, Asylen, Klöstern, Hotels, Schauspielhäusern, Krankenhäusern und überhaupt in jedem für das Publikum geöffneten Raume Spucknäpfe aufzustellen sind, und daß dann das Ausspeien auf den Boden in diesen Räumen mit Geldstrafe (bis zu 4 M.) belegt wird. Auch ist das Ausspeien in den Wagen für den öffentlichen Passagierverkehr verboten. Diese Verordnung ist, beiläufig bemerkt, 2 Jahre später von Japan beinahe wörtlich (sogar die Geldstrafe ist dieselbe) als Landesverordnung übernommen worden.

Das verhältnismäßig arme Land gibt doch für die **Bekämpfung der Tuberkulose** sehr erhebliche Summen aus; um diese zu schaffen, ist, außer der Sammlung milder Gaben, durch Gesetze vom 17. August 1899 und 5. Juni 1903 ein **öffentlicher Wohltätigkeitsfonds** für die Bekämpfung der Tuberkulose gegründet worden. Dieser besteht aus: 1. einem jährlichen Staatszuschuß von 80000 M.! 2. jährlichen Beiträgen der Gemeinden, 3. dem zehnten Teil der Einkünfte, die die Wohltätigkeitsanstalten abzuführen haben, 4. 1 % der Mitgliederbeiträge von Vereinen für öffentliche Lustbarkeiten, Spiele etc., 5. den Strafgeldern wegen Uebertretung der Sanitäts- und Wohlfahrtsgesetze (z. B. werden die Ordnungsstrafen für das Ausspeien an öffentlichen Orten ebenfalls in diesen Fonds abgeführt).

Der **Pockenimpfschutz** in Portugal geht weiter als in den meisten europäischen Ländern; denn nach dem Reglement des Ministers des Inneren vom 23. August 1911 ist **dreimalige** Impfung vorgeschrieben, im ersten, siebenten und vierzehnten Lebensjahr. Kein Ausländer darf in Portugal Wohnung nehmen, wenn er nicht ein ärztliches Zeugnis vorlegt, daß er in den letzten 7 Jahren geimpft ist. Beim Ausbruch der Pocken läßt die Sanitätsbehörde alle nach ihrem Ermessen gefährdeten Personen impfen, gleichgültig, ob sie vorher geimpft sind oder nicht. — Außerdem bestehen in diesem Reglement noch Vorschriften über die Einrichtung der Lymphe-Gewinnungsanstalten und über den Verkauf der Lymphe. — Manche europäische Großmacht könnte sich diesem Hochstand der Impfgesetze

gegenüber schämen; allerdings wird das Impfgesetz noch nicht in vollem Umfange gehandhabt, denn trotz der Tätigkeit staatlicher Lymphinstitute und trotz des Bezuges von Lymphe aus der Schweiz ist der Lymphebedarf des Landes noch lange nicht gedeckt.

Bulgarien hat durch Gesetz vom 1. Januar 1904 ein umfangreiches „Gesetz betreffend die öffentliche Gesundheitspflege" geschaffen. Die Organisation der Medizinalbehörden ähnelt in manchen Beziehungen der deutschen und preußischen. Es besteht ein oberster Gesundheitsrat und ein Departements-Gesundheitsrat, dazu Departementsärzte und Kreisärzte. Eine Besonderheit ist die Verpflichtung für Gemeinden über 4000 Einwohner, Gemeindeärzte anzustellen; diese haben als Hilfsorgane wieder Gesundheitsaufseher, ähnlich den englischen inspectors of nuisance. Die Meldepflicht trifft den Arzt, den Haushaltungsvorstand oder den Leichenschauer. Die sehr kleine Krankheitsliste umfaßt nur die ausländischen Krankheiten (ohne Lepra) sowie Scharlach, Diphtherie und Typhus. Der Verdacht wird nicht als besonders anzeigepflichtig erwähnt. Als Schutzmaßnahmen werden genannt: Kenntlichmachung des Hauses, Absonderung der Kranken während der Dauer der Krankheit, Desinfektion, die nur von den Medizinalbehörden ausgeführt werden darf, Pockenimpfung und Wiederimpfung. Auch ist es allen Personen, die an akuten oder ansteckenden Krankheiten leiden, verboten, den Beruf als Schankwirt, Bäcker, Brot- oder Milchverkäufer, Fleischer, Barbier, Masseur oder dergl. auszuüben. In den staatlichen Krankenhäusern werden Kranke auf Armutszeugnis umsonst behandelt; ohne Zeugnis und nur auf ihre eigene Angabe hin, daß sie arm seien, werden die Infektionskranken dann behandelt, wenn die Infektionskrankheit ernster Natur ist (über letztere Bedingung besteht eine besondere Krankheitsliste, die u. a. venerische Krankheiten enthält.).

Rumänien:[1]) Das rumänische Sanitätsgesetz vom 14. Juni 1893, neu redigiert 1911, sieht die Anstellung von Sanitätsärzten und Spitalärzten von seiten des Staates vor. Die ersteren sind unseren Kreis- oder Bezirksärzten gleich, haben aber auch unentgeltlichen ärztlichen Rat, namentlich an alle Armen und alle Staatsbeamten, zu erteilen. Auch die zweite Gruppe der staatlichen Aerzte, die Spitalärzte, behandeln klinisch wie poliklinisch unentgeltlich. Nebeneinnahmen haben diese Aerzte sehr wenig, da die Bevölkerung arm ist und für die Wichtigkeit der ärztlichen Hilfe noch kein Verständnis besitzt. Daher gibt es auch außer in den Städten im ganzen Lande nur wenig andere Aerzte als die staatlich angestellten. — Als örtliche Organisation bestehen die lokalen Sanitätskom-

---

[1]) Vgl. Neumeister: Medizinische Beobachtungen in Rumänien. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der preuß. Medizinalverwaltung; Bd. III Heft 1, Berlin 1913.

missionen, die durch eine hygienische Zentrale, den oberen Gesundheitsrat, Instruktionen empfangen. Es bestehen 5 Untersuchungsämter mit bakteriologischen Laboratorien und mehrere Ueberwachungsstationen an der Grenze.

Das Sanitätsgesetz behandelt außer der Medizinal-Organisation noch das Wohnungswesen und gibt hier den Distriktspräfekten weitgehende Machtvollkommenheiten, die auch zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Betracht kommen; sie können nämlich auf Kosten des Besitzers Ausbesserung und Neuaufführung von Latrinen, Abwässerkanälen, Hofpflasterungen und andere Arbeiten, wenn sie der Eigentümer verweigert, ausführen lassen und das Haus, sobald es aus irgendwelchen Ursachen gesundheitswidrig ist, schließen und die Bewohner auslogieren.

Das Kapitel 24 des Sanitätsgesetzes handelt von den Maßnahmen gegen die Epidemien. Die Krankheitsliste enthält Cholera, Pocken, Diphtherie, Typhus (einschließlich typhusähnlichen Fiebers), Scharlach, Masern, Keuchhusten, Puerperalfieber, egyptische Augenkrankheit, Rotz, Milzbrand, Tollwut, ebenso wie andere epidemische Krankheiten. Auch der Krankheitsverdacht ist bei den ersten fünf der genannten Krankheiten anzeigepflichtig. Die Anzeige liegt in erster Linie dem Arzt ob, der sowohl den Bürgermeister, wie den Distriktsarzt benachrichtigen muß; mangels eines Arztes sind der Familienvorstand, der Hauseigentümer, die Pflegeperson und in Anstalten der Anstaltsvorsteher anzeigepflichtig. Charakteristisch für den Kulturzustand der Bevölkerung ist die ausführliche Regelung auch der mündlichen Anzeige: Ein Hausinsasse oder ein Nachbar darf zur mündlichen Meldung geschickt werden; der Gesundheitsbeamte ebenso wie jeder Polizeichef und der Polizeikommissar müssen die Meldung annehmen und an den Gemeindevorstand weitergeben, der Gesundheitsbeamte sogar zu jeder Stunde des Tages und der Nacht. Ermittelungen sind nicht vorgeschrieben.

Die Schutzmaßnahmen bestehen in Isolierung der Personen oder der Häuser, Zwangsüberführung in ein Hospital, Desinfektion der Häuser, der Leichname, der Kleider und anderer Gegenstände, Schließung der Schulen. — Außerdem haben die Kommunen im Falle einer Epidemie unentgeltlichen ärztlichen Beistand bereitzustellen, der durch das Gesetz zwar auf die bedürftigen Kranken beschränkt, aber tatsächlich in ausgiebigster Weise gefordert wird (Anklang an die öffentliche Behandlung in Dänemark). Auch haben sie Seuchenhäuser bereitzustellen. Impfung und Wiederimpfung sind obligatorisch.

Die Geldstrafen für Uebertretung dieses Gesetzes sind nicht für einzelne Verfehlungen spezialisiert, sondern nur allgemein auf 1000 Frcs., die Gefängnisstrafen auf ein Jahr beschränkt. Sie sind also ziemlich hart; doch liegt das Aequivalent für diese Härte in der ausgedehnten unentgeltlichen

Krankenbehandlung, die sich im Umfange derjenigen in Dänemark nähert.

Daß eine Pension und Reliktenversorgung vorgesehen ist, ist bei dem staatlichen Charakter des Aerztepersonals selbstverständlich; besonderes Wohlwollen gegenüber den Aerzten zeigt aber die Bestimmung, daß alle Staatsärzte, die sich im Seuchendienste Dienstunfähigkeit oder Tod zuziehen ohne Rücksicht auf ihr Dienstalter ihr volles Gehalt als Rente oder in Gestalt von Witwenpension weiterbeziehen, soweit nicht das Maximum der für sonstige Staatsbeamte gewährten Pension überschritten wird.

Aus den allerdings nur kurzen Bestimmungen des Sanitätsgesetzes über venerische Krankheiten ist manches recht Gute hervorzuheben: Die Kommunen sind verpflichtet, die angesteckten Prostituierten auf Gemeindekosten im Hospital bis zu ihrer Heilung unterzubringen (also die Abschiebung der infizierten Prostituierten, wie sie in den Kulturländern vielfach gehandhabt wird, ist verboten). Alle Hospitalverwaltungen haben unentgeltliche Hilfe für geschlechtskranke Männer und Frauen bereit zu stellen und dürfen die Aufnahme dieser Kranken nicht verweigern. Der Krankenhauszwang besteht auch für geschlechtskranke Männer, falls sie vagabondierend angetroffen werden.

Die **Türkei** verpflichtet durch eine Instruktion vom 19. Oktober 1894, genehmigt durch ein Kaiserliches Irade, allein die Aerzte zur Anzeige einer kontagiösen Krankheit an den Gemeindevorstand. Als solche Krankheiten gelten von den ausländischen nur Cholera und Pocken, von den inländischen Scharlach, Diphtherie, Ruhr, Typhus, Masern, Erysipel, Malaria und Tuberkulose (ohne Einschränkung!) Der türkische Arzt verfällt im Unterlassungsfalle einer Buße von 40—100 M. — Als einzige Schutzmaßnahme wird die Desinfektion genannt, die bei allen genannten Krankheiten obligatorisch eintritt, bei Tuberkulose aber nur im Falle des Todes; auf Ersuchen des Eigentümers der infizierten Sachen geschieht die Desinfektion außerdem bei Masern und Keuchhusten. Zugleich wird eine Desinfektionsordnung gegeben. Das Desinfektionspersonal untersteht der Gemeinde und trägt eine vorgeschriebene Dienstuniform. Ein Inspektor überwacht ihre Tätigkeit, ein Bakteriologe kontrolliert fortlaufend die desinfektorische Wirksamkeit der Dampfapparate. Die Transportwagen des Desinfektionsdienstes sind mit besonderer Farbe gekennzeichnet.

Rußland: Interessant und recht weit abweichend vom übrigen Europa sind die Seuchenbestimmungen Rußlands. Sie gründen sich auf eine „Allerhöchst eingesetzte Kommission zur Verhütung und Bekämpfung nur der Pestgefahr; die Regeln der Kommission sind von dem Minister des Innern dem Kaiser vorgelegt, von diesem bestätigt und damit zum Gesetz (vom 11./24. August 1903)

erhoben worden. Die Kommission hat es ohne weiteres „für angezeigt erachtet", die Cholera, „deren Bekämpfungsmaßnahmen fast die gleichen sind", in ihre Regeln mit einzubeziehen. — Durch Kaiserliche Verordnung vom 3./16. Sept. 1904 ist auch die „Bekämpfung von Fleck- und Rückfallfieber, Ruhr, Pocken und anderen Infektionskrankheiten, falls sie epidemisch auftreten," der Kommission übertragen.

Der Inhalt des Gesetzes verleiht den Behörden eine Gewalt, die anderwärts nur schwer verständlich erscheint. Die Gouverneure, Militärgouverneure und Stadthauptleute berichten über jeden Seuchenfall an den Minister des Innern (behufs internationaler Mitteilung); gleichzeitig treffen sie alle Maßnahmen zur Isolierung des Kranken, zur Desinfektion der infizierten Gegenstände und Räumlichkeiten und zur Isolierung der mit dem Kranken in Berührung gekommenen Personen. Welche Maßnahmen sie dazu wählen, ist ihnen völlig überlassen. Die Allerhöchste Kommission kann einzelne Orte oder Landesteile als von der Seuche bedroht erklären; dann werden dort Sanitäts-Exekutivkommissionen gebildet, die nun die bisher von den Gouverneuren, Militärgouverneuren pp. geleitete Bekämpfung übernehmen; solche Kommissionen bestehen gesondert für das Gouvernement, den Kreis und die Stadt. Die Gouvernementskommissionen sind aber „befugt, ihre Obliegenheiten Aerzten, Feldscherern und Hebammen zu übertragen" und ferner, „die Absperrung unter Heranziehung der örtlichen Einwohner oder — im Notfall — von Militär anzuordnen".

Die neueren Anweisungen der Kaiserlichen Pestkommission an die Sanitäts-Exekutivkommissionen (vom 13. Juli 1912) sind nicht unzweckmäßig gefaßt. Der Schwerpunkt ist hier schon auf die Erkennung der ersten Fälle gelegt, die in dem dünn bevölkerten Lande mit spärlichen Aerzten natürlich Schwierigkeiten bereitet. Beim Heranziehen von Cholera oder Pest sollen „Arztstationen, Teehäuser, Nachtasyle" bereit gestellt werden, um zunächst einmal die flutenden Arbeitermassen zu konzentrieren; dann sollen gedruckte Belehrungen über die Erkennung der Krankheit verteilt werden, um die Leute selber zur Anzeige zu bewegen. Ferner überwacht ein „Gesundheitskurator" je einen Bezirk und veranlaßt die verdächtigen Kranken zum Arzte zu gehen. Die Aerzte sind zur Anzeige verpflichtet, ebenso andere Personen, die Kenntnis von einer derartigen Erkrankung erhalten. — Isolierhäuser sollen rechtzeitig bereitgestellt werden. Besonders genannt finden sich noch folgende Schutzmaßnahmen: Verbot des Lumpensammelns, des Alt-Kleiderhandels, des Gefangenentransportes, der Menschenansammlungen; Schließung der Branntweinbuden (!); Absonderung im Krankenhaus oder in zweiter Linie in der Wohnung; Bakterienträger können im Krankenhaus zeitlich unbegrenzt festgehalten werden; Beobachtung und Ueberwachung Kontaktverdächtiger mit zeit-

licher Begrenzung auf 5 Tage. Speziell für Pest sind noch Absperrung von Häusern und Dörfern und frühzeitige Beerdigung auf besonderen Friedhöfen zugelassen.

Bei den anderen Infektionskrankheiten sind die Bekämpfungsmaßnahmen wesentlich milderer Natur und außerdem noch abgestuft, je nachdem es sich um verseuchte oder nur bedrohte Gegenden handelt. In verseuchten Gegenden sind Verkehrsbeschränkungen, Vorsichtsmaßnahmen bezüglich der Leichenabsonderung, Kennzeichnung (aber nicht Bewachung) von Häusern, polizeiliche Beobachtung der ansteckungsverdächtigen Personen zulässig; in bedrohten Gegenden wird die Beobachtung nur bei unmittelbarem Hinweis auf die Ansteckungsgefahr zugelassen, und das Verbot der Einfuhr von Gegenständen überhaupt nicht erwähnt.

Verstöße gegen die Anordnungen werden in cholera- und pestbedrohten Gegenden mit Arrest bis zu 3 Monaten oder Geldstrafe bis zu 300 Rubel geahndet. Die Strafen sind an sich nicht übermäßig hart, aber die Strafbefugnis liegt bei überaus zahlreichen Behörden und Personen. Man höre, wer alles die Strafe verhängen kann: der Generalgouverneur, der Chef der Zivilverwaltung, der Hetmann des donischen Kosakenheeres, die Militärgouverneure, die Gouverneure, die Gebietschefs, die Stadthauptleute (Oberpolizeimeister), die Chefs der Bezirke, der Verkehrswege und die Chefs der Eisenbahn-, Gendamerie- und Polizeiverwaltungen. Diese Vielköpfigkeit der Strafbehörden birgt die Gefahr, daß die Beamten die Strafe oder Strafandrohung persönlichen Zwecken dienstbar machen und so zu einer schweren Geißel für die Bevölkerung werden lassen. Allerdings mögen viele Teile des russischen Reiches wegen ihrer dünnen Bevölkerung und Entlegenheit einer Dezentralisation der behördlichen Strafgewalt wohl dringend bedürfen.

Vereinigte Staaten von Nordamerika:[1]) Die Zentralgewalt ist in diesem Staatenbund weniger ausgesprochen als in den Bundesstaaten Deutschlands und der Schweiz. Der Bund besorgt nur die Abwehr ausländischer Krankheiten in den Häfen vermittels Quarantänevorschriften (Bundesgesetz vom 15. Februar 1893) und überläßt im übrigen die Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Inland vollständig den Einzelstaaten. Da so gut wie alle Einzelstaaten nun Gesetze oder Verordnungen zur Verhütung der Infektionskrankheiten erlassen haben, so ergibt sich ein außerordentlich mannigfaltiges Bild gesetzlicher Bestimmungen, in dem wohl annähernd jede Möglichkeit einer Bekämpfungsmaßnahme irgendwo realisiert ist.

Meist ist der Arzt und nach ihm der Haushaltungsvorstand anzeigepflichtig, ohne daß irgendwo ein Honorar dafür ausgesetzt wäre. Die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten wechselt von einem Maximum von 33 in Pensylvanien bis zu einem Minimum von Null in vier wenig fortgeschrittenen Staaten:

Bei dem ausserordentlich verschiedenen Klima der verschiedenen Staaten sind Tropenkrankheiten nur in den südlichen Staaten, die großen ausländischen

[1]) Perkins, Medizinalwesen und Medizinalgesetzgebung der Vereinigten Staaten. Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege; 1913, Bd. 45, Seite 268.

Krankheiten nur in den Küstenstaaten anzeigepflichtig. Scharlach, Diphtherie, Pocken, Genickstarre sind in 75—80 % der Staaten anzeigepflichtig; Masern, epidemische Genickstarre, Kinderlähme, Typhus in 50 %, Tuberkulose bemerkenswerter Weise in etwa 60 %, Keuchhusten in 40 %, Windpocken in 30 %. Dazu kommt eine lange Liste von Krankheiten, die nur in einem Teil der Staaten angezeigt werden müssen: Aktinomykose, Milzbrand, Beri-Beri, Krebs, Chagresfieber, Dengue, Darmkatarrh, epidemische Dysenterie (Pennsylvanien, Porto Rico, Texas), Erysipel (Kalifornien, Pennsylvanien, Wisconsin), Favus (nur in Washington), Röteln (Kalifornien, Idaho, Washington), Rotz, Gonokokkeninfektionen (nur in Kalifornien), Aussatz (in den Staaten, wo er vorkommt, einschließlich Hawaii und Porto Rico), Malaria, Mumps, Ophthalmia neonatorum, Pellagra (Kalifornien, New-York, Pennsylvanien und Washington), Pneumonie, Puerperalfieber (Nebraska und Pennsylvanien), Rocky Mountain spotted fever (Montana), Syphilis (Porto Rico und Kalifornien), Tetanus, Trachom, Trichinose, Wurmkrankheit (Kalifornien, Porto Rico, Pennsylvanien, Virginia und Washington).

Für die Bekämpfung kommt hauptsächlich Isolierung und Desinfektion in Betracht; die Isolierung ist ausnahmslos mit der Kennzeichnung der Wohnung verbunden, indem ein Täfelchen (placard) an die Tür des Kranken angebracht wird. Die Isolierung ist in manchen Staaten absolut, indem auch der Ernährer der Familie ausgesperrt bleibt: in anderen ist sie weniger streng. Die Desinfektion ist im allgemeinen obligatorisch nach akuten Exanthemen, an einigen Stellen auch nach Typhus, Tuberkulose und anderen Krankheiten. Sie wird meist im Hause ausgeführt; eine städtische Desinfektionsanstalt der europäischen Städte ist praktisch unbekannt. Bettzeug usw. muß in der Wohnung desinfiziert werden, bevor es in die Wäsche gegeben wird, was für alle Beteiligten ziemliche Unannehmlichkeiten zur Folge hat. — Krankenhauszwang besteht meist für Pest, Pocken, Gelbfieber; auch Masern-, Scharlach- und Diphtheriekranke kommen meist in besondere Seuchenspitäler, während Typhus im allgemeinen Krankenhaus behandelt wird. — Gegen Tuberkulose sind vielfach besondere Gesetze erlassen, die Meldepflicht, Spuckverbote und Desinfektion enthalten; manche Staaten gewähren auch freie Behandlung in staatlichen Krankenhäusern; überhaupt sind die Wohlfahrtsbestrebungen gegen Tuberkulose an vielen Orten neuerdings in Gang gebracht.

In einigen Staaten besteht Zwangsimpfung gegen Blattern (nur in Kentucky, Neu-Mexiko und Porto Rico); in anderen Staaten hat der Staat Vollmacht, diese beim Auftreten der Pocken in Kraft zu setzen. In wieder anderen Staaten wird verlangt, daß alle Schulkinder geimpft werden; in Utah ist es dagegen ausdrücklich verboten, Kinder wegen mangelnder Impfung aus der Schule auszuschließen; in Minnesota ist die Zwangsimpfung bei Schulkindern sogar ausdrücklich verboten. Ueberhaupt gibt es mannigfache Impfgegnerschaft in Amerika; nach einer in Jova gefällten Entscheidung ist die innerliche Darreichung von einem Geheimmittel „Variolinum" ein dem Gesetze genügender Ersatz für die Impfung. Kein Jahr vergeht, in dem nicht in irgendeinem Staate von fanatischen Aposteln der Naturheilkunde Gesetze im impfgegnerischen Sinne beantragt werden.

Von der Gesetzgebung der einzelnen Staaten sei nur ein Beispiel erwähnt, das dadurch besondere Bedeutung hat, weil die Hauptstadt Washington in dem hier zu erwähnenden Distrikt liegt, nämlich der Distrikt Columbia (Gesetz vom 3. März 1897). Anzeigepflichtig ist nur der Arzt und nach ihm der Haushaltungsvorstand. Die Krankheitsliste enthält die gemeingefährlichen Krankheiten, sowie Typhus und Mumps. Es ist Krankheit, Genesung und Tod anzuzeigen; die Anzeige geht an den beamteten Arzt. Der Krankheitsverdacht ist ausdrücklich anzeigepflichtig, doch ist bestimmt, daß bei verdächtigen Fällen Absonderung und Desinfektion genau wie bei Kranken stattzufinden haben; außerdem ist jede Person so lange als krank anzusehen, als sie fähig ist, die Krankheit zu übertragen. Eine ähnliche Begriffsbestimmung, die z. B. auch die Bakterienträger einschließt, haben neuerdings die Thüringischen Staaten in ihren Ausführungsbestimmungen adoptiert. Columbia sagt auch ausdrücklich, daß die Heilung einer Infektionskrankheit erst dann gegeben sei, wenn der Kranke nicht mehr übertragungsfähig sei. Die Schutzmaßnahmen sind folgende: Obligate Kennzeichnung der Wohnungen in allen Fällen durch ein Täfelchen; das Täfelchen bleibt so lange hängen, bis nicht nur der Kranke genesen, sondern danach auch die Inkubationszeit für weitere Erkrankungen im Hause abgelaufen ist, bei den Pocken z. B. 16 Tage, beim Typhus 21 Tage. Die Absonderung des Kranken soll in Fernhaltung aller Personen bestehen, außer den im Hause Wohnenden, dem Arzte, der Pflegeperson und den vom Amtsarzt Zugelassenen. Ueber die Desinfektion sind eingehende Bestimmungen erlassen, die allerdings zum Teil veraltet sind, z. B. in der Vorschrift, den Rekonvaleszenten mit Karbol oder Sublimatlösung zu waschen. Der Kranke darf nicht ausgehen, er darf kein öffentliches Fuhrwerk benutzen, ohne dem Fuhrherrn von der Krankheit und der nötigen Desinfektion Mitteilung zu machen (Vorbild: England und Australien). Die undesinfizierte Wohnung darf nicht vermietet werden. Krankenhauszwang tritt dann ein, wenn drei oder mehr Familien in dem Hause des Kranken wohnen, oder wenn es sich um ein Logierhaus handelt. Jede Person muß mit Erfolg oder mehrmals ohne Erfolg geimpft sein. Wie in allen älteren Verordnungen, so sind die Vorsichtsmaßmaßnahmen gegenüber Leichen übertrieben streng: Die Leiche muß sofort nach dem Tode in ein mit Karbolsäure getränktes Tuch völlig eingeschlagen werden; der Sarg soll sogleich geschloßen werden und soll geschlossen bleiben. Keine Infektionsleiche soll ein- oder ausgeführt werden. Kranke und kontaktverdächtige sind von der Schule auszuschließen und dürfen nur auf amtsärztliches Zeugnis zugelassen werden. Eltern und Vormünder sind verpflichtet, darauf zu achten, daß ihre Kinder keinen Infektionskrankheiten ausgesetzt werden.

Besondere Ermittelungen sind nicht vorgeschrieben, doch haben die Gesundheitsbeamten die Befugnis, jede Oertlichkeit bei Tage zu betreten, nach Ermessen des beamteten Arztes aber auch zu anderen Zeiten. Die ziemlich milden Strafen steigen bis 200 Dollars Geldstrafe und Gefängnis bis zu sechs Monaten.

Brasilien soll hier nur deshalb aufgeführt werden, weil es durch sein Impfgesetz vom 31. Oktober 1904 die weitgehendste Impfpflicht, die in den Kulturstaaten überhaupt vorkommt, eingeführt hat: „Die erste Impfung soll bis zum Alter von 6 Monaten vorgenommen werden; die Wiederimpfung soll 7 Jahre nach der Impfung stattfinden und alle 7 Jahre wiederholt werden.“

Für den Staat **Bahia** (Brasilien) ist unterm 14. September 1905 ein Seuchengesetz erlassen worden. Zur Bekämpfung der epidemischen Krankheiten ist in der Hauptstadt eine Desinfektionsanstalt eingerichtet, andere können nach Bedarf von der Regierung errichtet werden. Die Anzeigepflicht ist für den Haushaltsvorstand und für den behandelnden Arzt vorgeschrieben bei Cholera und Choleraverdacht, Pest, Gelbfieber, Pocken, Tuberkulose, Scharlach, Masern (wenn sie in Internaten, Asylen und Mietskasernen auftreten), Diphtherie, Typhus, Ruhr.

Japan hat in seinem Gesetz Nr. 36 vom Jahre 1897 mit den durch das Gesetz Nr. 57 vom Jahre 1905 getroffenen Aenderungen eine vorzügliche Leistung vollbracht, die es mit einem Schlage mitten in den Kreis der europäischen Kulturstaaten stellen. Anzeigepflichtig ist zunächst nur der Arzt. Der Hausvorsteher ist aber gesetzlich verpflichtet, bei Krankheits- oder Todesfällen an einer epidemischen Krankheit einen Arzt zuzuziehen oder polizeiliche Anzeige zu erstatten. Die Anzeige geht an den Gemeindevorstand. Die wenig umfangreiche Krankheitsliste umfaßt nur Cholera, Pest, Pocken, Flecktyphus, Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus und Ruhr. Krankheitsverdacht ist nicht als anzeigepflichtig erwähnt, dagegen sind die Vorbeugungs- und Schutzmaßnahmen auch auf verdächtige Fälle erstreckt (also ähnlich wie in Preußen).

So sind z. B. die Regierungspräsidenten befugt, alle Vorbeugungsmaßregeln des Gesetzes auch „gegen verdächtige Fälle“ zu ergreifen; der Vorsteher desjenigen Hauses, in welchem ein verdächtiger Fall vorkommt, ist verpflichtet, diesen von einem Arzte untersuchen zu lassen und gleichzeitig Anzeige zu erstatten; „ein Haus, in dem ein Fall von epidemischer Krankheit vorkommt, oder das durch einen derartigen Fall infiziert wird oder im Verdachte einer solchen Infektion steht, ist zu reinigen und zu desinfizieren“.

Ermittelungen sind nicht ausdrücklich vorgeschrieben; indessen sind die Gemeindebehörden angewiesen, sobald eine epidemische Krankheit ausgebrochen ist oder deren Ausbruch befürchtet wird, einen Ausschuß für die Erhebung und Verhütung epidemischer Krankheiten einzusetzen (das ist also eine Art Epidemie-Kommission nach dem Muster Dänemarks). Dem Ausschusse muß ein Arzt angehören. Unter den gleichen Umständen kann der Regierungspräsident einen ähnlichen Ausschuß einsetzen, der die zur Verhütung der Krankheit erforderlichen Besichtigungen, namentlich für Schiffe und Eisenbahnen, auszuführen hat. Bei richtiger Handhabung dieser Bestimmungen ist anzunehmen, daß sich das Ermittelungsverfahren etwa im nötigen Umfange vollziehen wird.

Die Schutzmaßnahmen enthalten weitgehende und zweckmäßige Verpflichtungen für die Gemeinden und Privatpersonen. Der Kranke kann ohne irgendein Widerspruchsrecht in ein Krankenhaus oder eine Isolierbaracke gebracht werden, wenn dies zur Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich ist. Genau demselben Zwang unterstehen Infektionsverdächtige. Der Begriff „Isolierung“ fehlt im Gesetz; wenn aber in einem Hause ein Fall epidemischer Krankheit vorgekommen ist, oder wenn es auch nur der Infektion verdächtig ist, so kann nicht nur dieses Haus, sondern auch die Nachbargebäude von der zuständigen Gemeindebehörde gesperrt werden.

Die Gemeinden haben die Desinfektion zu besorgen und zu diesem Zwecke die nötigen Aerzte und anderen Personen, sowie die Instrumente, Chemikalien usw. bereitzustellen. Unter den Desinfektionsmaßregeln findet sich unter anderem

das Verbot, Kranke oder Leichen fortzuschaffen, infizierte Wäsche zu waschen oder an andere Personen zum Waschen zu geben oder fortzuwerfen. Ferner besteht für die Gemeinden die Verpflichtung, Epidemie-Krankenhäuser, Isolierbaracken und Desinfektionsanstalten zu errichten und nötigenfalls Ratten zu vertilgen; sie haben auch für Trinkwasser zu sorgen, im Falle der Regierungspräsident die Benutzung des vorhandenen Wassers in der ganzen Gemeinde oder in Teilen derselben verbietet. — Der obenerwähnte Ausschuß für Schiffe und Eisenbahnen kann weitere, eingreifende Maßnahmen anordnen: Die von ihm aufgefundenen kranken Reisenden werden dem nächsten Gemeindekrankenhaus überwiesen; die Gemeinden dürfen sich dagegen nur aus triftigen Gründen sperren, erhalten allerdings auch die Kosten für eine solche Unterbringung zurückerstattet.

Der Regierungspräsident beaufsichtigt das Desinfektionswesen; falls die Gemeinde oder die Privatpersonen die gesetzlich vorgesehenen Maßregeln nicht oder nicht hinreichend ausführen, so übernimmt er selber deren Ausführung. Dabei ist noch besondere Rücksicht auf verwahrloste Häuser genommen; erweist sich nämlich die Desinfektion eines Hauses als undurchführbar, „so kann der Regierungspräsident nach Einvernehmen mit der Gemeindeverwaltung und mit Zustimmung des Ministers des Inneren eine besondere Behandlung dieses Hauses anordnen und zu diesem Behufe jede zweckdienliche Maßregel anwenden.“ Das heißt ungefähr so viel, als daß das Haus jederzeit abgebrannt werden kann (die japanischen Häuser bestehen ja oft aus Holz und bieten der Abdichtung beim Formalinverfahren oft unüberwindliche Schwierigkeiten). Auch für bloßen Infektionsverdacht, dessen Anzeige aber vom Arzte nicht verlangt wird, ist Beobachtung in einem Isolierspital oder in einem anderen geeigneten Raume vorgesehen. Die Abgabe infektionsverdächtiger Gegenstände ist verboten.

Die Regierungspräsidenten sind ferner befugt, folgende Maßregeln sämtlich oder zum Teil anzuordnen:

Sanitätspolizeiliche Besichtigungen zum Zwecke der Feststellung, ob ein Fall epidemischer Krankheit vorliegt oder nicht.

Absperrung einer Ortschaft.

Verbot von Menschenansammlungen.

Verkehrsbeschränkung oder Vernichtung für infizierte Waren wie alte Kleider, Lumpen, Watte.

Verbot des Verkaufs oder der Verabfolgung (!) von Nahrungsmitteln oder Getränken, die Träger von Krankheitskeimen sein können; nötigenfalls kann ihre Vernichtung angeordnet werden.[1])

---

[1]) Die besondere Obsorge, deren sich hier die Nahrungsmittel erfreuen, hängt mit der besonderen Häufigkeit der Ruhr in Ostasien zusammen und steht auf der gleichen Linie, wie das ebenfalls zugelassene Verbot der Benutzung von Aborten. Japan hat bei einer Gesamtbevölkerung von 51 Millionen 7649 Sterbefälle an Ruhr, also mehr als an irgendeiner anderen Infektionskrankheit (außer Tuberkulose). Dazu kommen aber noch 50000 Todesfälle an Durchfall und Darmkatarrh (ohne die Säuglingstodesfälle), so daß die Gesamtsterblichkeit an ruhrähnlichen Krankheiten derjenigen an Lungentuberkulose fast gleichsteht.

Veränderung oder Neuanlage von Brunnen, Wasserleitungen, Abwässerkanälen, Schuttablagerungen, Aborten usw. sowie Verbot von deren Benutzung. Untersagung des Fischens, Badens und Wasserentnehmens an gewissen Orten; Rattenvertilgung.

Gemeinde und Regierung teilen sich in die Ausgaben, namentlich die Gemeinde hat einen Teil der Ausgaben zu tragen, insonderheit die gleich zu erwähnende Reliktenversorgung des unteren Sanitätspersonals; die persönlichen Ausgaben für Kranke fallen den Gemeinden nur dann zur Last, wenn sie nicht von den Angehörigen erstattet werden; die Angehörigen werden, wenn sie sich gegen die Kosten sperren, wie säumige Steuerzahler behandelt.

Im ganzen bestreitet die Gemeinde den Löwenanteil der Kosten, namentlich auch die Entschädigungen; solche werden den bedürftigen Insassen abgesperrter Häuser für ihren Unterhalt gewährt; auch für die von dem Regierungspräsidenten verfügte besondere Behandlung (Abbrennung) eines infizierten Hauses, das nicht desinfiziert werden konnte, erhält der Eigentümer Entschädigung. — Aus der Kostentrennung zwischen Gemeinde und Regierung ergibt sich, daß die Regierung die Kosten trägt für alle über die Grenzen der einzelnen Gemeinde hinausgreifenden Landesmaßnahmen, so namentlich alle Schiffs- und Eisenbahnkosten und die Kosten der Absperrung von Ortschaften, während der Gemeinde die Kosten für alle innerhalb der Ortsgrenzen sich abspielenden Schutzmaßnahmen zur Last fallen. Begrifflich ist dies durchaus richtig; die betroffenen Gemeinden werden zudem durch gesetzlich ausbedungene Zuschüsse der Staatskasse noch entlastet.

Die Strafen Japans bestehen ausschließlich in Geldstrafen; Freiheitsstrafen gibt es in Seuchenangelegenheiten nicht. Dazu sind die Geldstrafen ganz ungewöhnlich niedrig. Wer die Schutzmaßnahmen nicht rechtzeitig ausführt, zahlt 10 Mk. Strafe; wer gegen die Regeln der Desinfektion und Isolierung verstößt, auf Anfragen der Beamten mangelhafte oder falsche Auskunft gibt, die Erstattung der Krankheitsanzeige verhindert oder einen Arzt durch Geld veranlaßt, die vorgeschriebene Anzeige zu unterlassen, dessen Geldstrafe geht höchstens bis 20 Yen (40 Mk.). Am schlimmsten kommt merkwürdigerweise der Arzt weg; denn wenn er die vorgeschriebene Anzeige nicht binnen 12 Stunden erstattet, so kann seine Strafe bis zu 100 M. betragen.

Einige Besonderheiten des japanischen Gesetzes verdienen besondere Erwähnung: Erstens die Leichen-Verbrennung. Der Leichnam eines an einer epidemischen Krankheit Gestorbenen soll verbrannt werden; die Beerdigung ist nur mit polizeilicher Erlaubnis gestattet — so sagt das japanische Gesetz und gibt damit eine rigorose, tief in religiöse Gebräuche einschneidende Maßnahme, die zudem vom sanitären Standpunkte nicht unbedingt vertreten werden kann, da nach allen bisherigen Erfahrungen die Erdbestattung von Infektionsleichen durchaus ungefährlich ist.

Interessant und zweckmässig ist die Vereinigung der Befugnisse für die Organe der Seuchenbekämpfung in einem Gesetzesparagraphen, der eine weitgehende, ja uneingeschränkte Machtvollkommenheit für den Amtsarzt einschließt und manchen übervorsichtigen europäischen Parlamenten als Vorbild dienen könnte: Die behördlichen Organe sind befugt, im Interesse der Verhütung von Krankheiten jedes Haus, jedes Schiff und jeden anderen Platz zu betreten; sie müssen nur den Grund ihres Kommens angeben und ihre Legitimation vorweisen. Auch dürfen sie in Ausübung ihres Berufs auf allen Schiffen und Eisenbahnen kostenlos mitfahren.

Endlich ist noch eine besonders humane Maßregel des japanischen Gesetzes bemerkenswert, welche die Pension- und Reliktenversorgung des Desinfektionspersonals vorsieht. Leider sind die Aerzte in diese Fürsorge nicht einbegriffen. Uebrigens sind die Ausgaben für Desinfektion Privatsache und werden vom Staate oder der Gemeinde nicht übernommen, es sei denn, daß die Kranken mittellos sind.

Japan besitzt außerdem ein eigenes Impfgesetz vom 14. April 1909, das offenbar unter dem Einflusse des Deutschen Impfgesetzes entstanden ist und zweimalige Impfung verlangt. Da im ganzen Reiche mit seinen 51 Millionen Einwohnern nur 36 Pockentodesfälle jährlich vorkommen, während den Häfen Japans fortwährend große Mengen pockengefährdeter Menschen zuströmen, so spricht dies dafür, daß in Japan die Impfpflicht nicht nur auf dem Papiere steht, sondern in der Tat durchgeführt wird.

Ferner besitzt es auch eine Verordnung zur Verhütung der Lungentuberkulose vom 4. Februar 1904, die bei aller Kürze doch die wichtigsten Maßnahmen enthält. Schulen, Krankenhäuser, Fabriken, Theater, Varietés, Gasthäuser und andere vom Regierungspräsidenten zu bezeichnende Orte sollen mit einer genügenden Anzahl von Spucknäpfen versehen sein; das Auspeien auf dem Boden ist dann an diesen Orten mit 4 Mk. Strafe bedroht. In Kurorten und Seebädern muß jeder Gast frisch gewaschene Zimmerwäsche erhalten; nach Wegzug eines Tuberkulösen muß dessen Zimmer desinfiziert werden. In Krankenhäusern müssen die Tuberkulösen von den anderen Kranken getrennt wohnen; ihre Gebrauchsgegenstände sind zu desinfizieren, so oft der Benutzer wechselt. — Die Provinzialbehörden können weitere Anordnungen zu dem gleichen Zwecke treffen. — Es ist kein Zweifel, daß auch die Bestimmungen gegen Lungentuberkulose in Japan mit Ernst durchgeführt werden; denn nach der dortigen Mortalitätsstatistik hat Japan seine Sterblichkeit an Lungentuberkulose fast auf dieselbe Zahl herabgesetzt, auf der Deutschland jetzt angekommen ist (ca. 1,5 ‰).

Australien: Das Verhältnis des Bundes zu den Einzelstaaten auf dem Gebiete der Seuchengesetzgebung ist

in Australien ähnlich wie in Amerika und jedenfalls sehr viel lockerer als in Deutschland und der Schweiz. Der Bund hat nur ein großes Quarantänegesetz, das die Häfen vor eingeschleppten Krankheiten schützt, und auf Grund dessen von Zeit zu Zeit Einfuhrverbote für bestimmte infektionsverdächtige Waren — Lumpen, Bettzeug, getragene Kleidungsstücke, Menschenhaar — erlassen werden. Alles übrige wird von den Einzelstaaten geordnet.

Süd-Australien: Die Organisation des Medizinalwesens in Süd-Australien ist ähnlich der in England. Für den ganzen Staat besteht eine ministerielle Gesundheitsbehörde „Central Board", die ihre Gesundheits-Offiziere ernennt und als Aufsichtsorgan der örtlichen Instanzen gilt, deren Funktion sie jederzeit übernehmen kann. — Die örtliche Instanz ist das „Local Board", das ebenfalls seine eigenen Gesundheits-Offiziere hat, die „wenn möglich" nur aus approbierten Aerzten bestehen sollen.

Das südaustralische Gesetz betreffend die öffentliche Gesundheitspflege vom 4. Januar 1899 gibt zunächst ausgedehnte Vollmachten für die Aufdeckung und Beseitigung aller gesundheitsgefährlichen Einrichtungen. Die Gesundheits-Offiziere können während der Tageszeit in jedes Haus oder Geschäft eindringen und jedes dort notwendige Werk vornehmen. Wird irgendeine gesundheitsgefährliche Einrichtung entdeckt, so erhält der Eigentümer eine Eröffnung und zugleich die Aufforderung, die Schädlichkeit binnen einer bestimmten Frist zu beseitigen (bei einer Geldstrafe bis zu 400 Mk.). Ja, wenn die Schädlichkeit so beschaffen ist, daß eine Wiederkehr möglich erscheint, so müssen auch Maßregeln zur Verhütung der Wiederkehr getroffen werden (bei einer Strafe von 20 Mk. für jeden Tag, an dem diese Maßregeln versäumt werden). Weiter sind Bestimmungen über die Beseitigung der Abfälle, die Fleisch- und Milchversorgung und die Assanierung der Wohnungen getroffen.

Die Ortspolizeibehörde hat eine ganz besondere, in der Welt wohl einzig dastehende Befugnis: Sie darf für Gesundheitszwecke eine besondere Steuer, bis zu 5% des Einkommens der Einwohner, ausschreiben; die so erhobenen Steuern dürfen nur zu den gesetzlichen Gesundheitsaufwendungen verausgabt werden.

Die besonderen Bestimmungen über Infektionskrankheiten sind, wie bei allen australischen Staaten, durchaus selbständig aufgebaut, nur an vereinzelten Stellen mit Anlehnung an England.

Die Anzeigepflicht besteht für jede Infektionskrankheit, ausdrücklich genannt ist nur die Lungentuberkulose (ohne Einschränkung!). Auch die „Vermutung" begründet die Anzeigepflicht (Süd-Australien ist also einer der wenigen Staaten, die den Krankheitsverdacht, in allerdings sehr unbestimmter Form, berücksichtigen). Die Anzeige liegt dem Haushaltsvorstande usw. sowie dem Arzte ob (wie in England). Der Arzt erhält nach einem besonderen Gesetze (vom 11. Dezember 1909) eine Anzeigegebühr von 2 Schilling und kann für Unterlassung der Anzeige mit Geldstrafe bis zu 100 Mk. belegt werden.

Zum Schutz der Aerzte ist den Bestimmungen hinzugesetzt, daß ein bona fide begangener Irrtum des Arztes bei der Anzeige einer Infektionskrankheit für ihn keinerlei nachteilige Folgen haben darf. Für eine überflüssigerweise verhängte Desinfektion oder Absonderung kann also der Arzt niemals haftpflichtig gemacht werden. — Die Desinfektion ist behördlich und geschieht auf Kosten des Eigentümers, kann aber vom Local Board nach eigenem Ermessen kostenlos ausgeführt werden. Butter-, Käse- und sonstige Nahrungsmittel-Geschäfte können geschlossen werden. Eine Absonderung ist auch in Süd-Australien wie in den meisten englischen Ländern nicht ausdrücklich vorgeschrieben; es ist nur der Verkehr kranker Personen an öffentlichen Plätzen, die Benutzung von öffentlichen Fuhrwerken und die Vermietung von infizierten Wohnungen verboten. Der Wortlaut dieser Bestimmungen ist ganz ähnlich wie in England und Queensland.

Infektionsverdächtige Häuser und Handlungen können für den Verkehr gesperrt werden. Krankenhauszwang kann gegenüber allen Personen ausgesprochen werden, die zu Hause nicht genügend isoliert werden können oder die in einem Logierhaus wohnen oder ihren Wohnraum mit Angehörigen anderer Familien teilen.

Neu-Süd-Wales hat in seinem Gesetz, betr. die öffentliche Gesundheitspflege vom 16. November 1896 mit Nachtrag vom 6. Dezember 1901 recht bemerkenswerte Anordnungen getroffen.

Anzeigepflichtig sind infektiöse Krankheiten im allgemeinen, ohne besondere Bezeichnung der einzelnen Krankheiten. Sowohl der Arzt, als auch das Familienhaupt, und für letzteres subsidiär der nächste Verwandte oder jede Pflegeperson (in charge of or in attendance on the patient) oder der Hauswirt sind zur Anzeige an den Gemeindevorstand verpflichtet. Der Arzt erhält die nach europäischen Begriffen hohe Summe von $3^1/_2$ Schilling als Gebühr für die Anzeige. Bei Todesfällen ist auch der Todesregister-Führer zur Anzeige einer Infektionskrankheit verpflichtet.

Ermittelungen sind nicht besonders vorgeschrieben, doch ist der Gesundheitsbehörde die allgemeine Befugnis verliehen, in allen, die öffentliche Gesundheit angehenden Dingen alle von ihr für nötig gehaltenen Untersuchungen anzustellen und namentlich durch ihre Beamten jedes Haus betreten zu lassen.

Die Schutzmaßnahmen bestehen zunächst in einer sorgfältig geregelten Desinfektion; der Eigentümer erhält Nachricht, welche Dinge desinfiziert werden sollen und hat die Desinfektion dann ausführen und von einem Arzte bescheinigen zu lassen, widrigenfalls sie zwangsweise behördlich auf seine Kosten ausgeführt wird. Betten und Kleider werden dagegen nur unter behördlicher Leitung, und zwar stets kostenlos, desinfiziert. Der Vermieter einer Wohnung hat (wie in England) die Verpflichtung, dem Mieter von den während der letzten sechs Wochen darin vorgefallenen Infektionskrankheiten Mitteilung zu machen, auch wenn er sich eines Mittelsmanns oder Büros für die Vermietung bedient. Kinder, die zwei Monate vorher eine Infektionskrankheit durchgemacht haben, dürfen nicht zur Schule gesandt werden; Schulen können geschlossen werden. Der Begriff Isolierung fehlt dem Gesetz, es ist aber ähnlich wie in England, Columbia u. a. folgendes Surrogat gegeben: Eine kranke Person darf sich ohne die nötigen Vorsichtsmaßnahmen gegen Verbreitung der Krankheit nicht auf der Straße oder im Laden, Theater, Wirtshaus oder an irgend einem öffentlichen Ort zeigen und kein öffentliches Fuhrwerk benutzen, ohne dem Kutscher von seiner Krankheit Mitteilung zu machen; der Kutscher, der in solchem Falle weitere Fahrgäste vor der Desinfektion des Wagens annimmt, verfällt ebenfalls in Strafe. — Merkwürdig ist in diesen sonst zweckmäßigen Maßregeln die Bestimmung, daß die Exkrete von Typhuskranken verbrannt werden müssen. (Es gibt doch auch ohne Feuer hinreichend sichere chemische Desinfektionsmittel!)

Die Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen stimmen fast wörtlich mit denen in den andern australischen Staaten überein; sie fordern schleuniges völliges Einschlagen der Leiche in Karboltücher und Befestigung des Sargdeckels binnen 24 Stunden.

Entschädigungen werden ziemlich reichlich gewährt. Auslogierte Personen erhalten unter allen Umständen Entschädigung für die neue Wohnung; ebenso wird für durch Desinfektion beschädigte Gegenstände Entschädigung gewährt. Wenn der Gemeindevorstand irgend eine sanitäre Maßnahme bei einer Privatperson zwangsweise hat ausführen lassen, so kann die Beschwerdeinstanz ihn jederzeit zur Uebernahme der Kosten und zur Entschädigung für den Verlust und die Beeinträchtigung, die der Privatperson zugefügt ist, verurteilen.

Viktoria: Aus dem Gesundheitsgesetz von 1890 und seinen Ausführungsbestimmungen vom 18. Juni 1907 und 8. April 1908, die im übrigen den australischen Staaten ähneln, ist folgende Bestimmung, wenn auch nicht im vorteilhaften Sinne, bemerkenswert: Der Körper eines an Scharlach, Diphtherie oder Typhus gestorbenen Menschen soll sobald als möglich und auf Anordnung des beamteten Arztes binnen 24 Stunden begraben werden; ebenso soll der Sarg so rasch als möglich geschlossen werden (Strafe 400 M.). — Dieser be-

sondere Nachtrag zu der Verordnung hätte wohl ohne Bedenken fortbleiben können.

Straits-Settlements: Aus der Verordnung des Gouverneurs vom 14. Juli 1894 ist neben der auf den Arzt allein beschränkten Anzeigepflicht „jeder epidemischen, endemischen oder gefährlichen Infektionskrankheit in jedem Privat- oder öffentlichen Gebäude“ noch folgende Bestimmung zu erwähnen: Der Medizinalbeamte und seine Beauftragten sollen zu jeder Zeit ohne vorher gegangene Benachrichtigung in jede Wohnung eingelassen werden, die bekannt oder verdächtig ist, eine Infektionskrankheit zu beherbergen (Strafe 400 Mark).

Sehr energisch sind fast alle Gesetze dieser Staaten gegenüber den Leprakranken. Wir wählen als deren Typus das Lepragesetz von Straits-Setlements von 1899 (ein ähnliches haben die **Fidji-Inseln** 1908 erlassen). Die Leprakranken werden in Anstalten isoliert. Jeder Lepröse, der ein dem Publikum zugängliches Gewerbe treibt, oder der eine öffentliche Einrichtung wie Bad, Hotel, Wagen benutzt, verfällt in eine Strafe bis zu 200 Mk.; der Arbeitgeber, der einen Leprösen beschäftigt, der Händler, der von ihm etwas kauft, erhält dieselbe Geldstrafe oder Gefängnis bis zu 1 Monat. Die Landung Lepröser ist verboten, unerlaubt Gelandete werden zurückgesandt.

In **Canada** wird die wissentliche Beherbergung eines Aussätzigen mit einer Strafe bis zu 400 Dollars und 6 Monaten Gefängnis bedroht (Gesetz vom 26. Juni 1906).

In **Hongkong** (Verordnung vom 2. September 1910) gehen die Strafen nur bis 100 Dollar und 1 Monat Gefängnis.

M. H.! Wenn wir das hier zusammengestellte Material kritisch überblicken, so ergibt sich meines Erachtens etwa folgende, in Ihren Händen bereits befindliche

Uebersicht nebst Schlussfolgerungen:

Die Gesamtkulturwelt ist mit einem Netz von Gesetzen überspannt, dessen Maschen je nach den örtlichen Bedingungen weiter oder enger gezogen sind. Vieles, was im Auslande geleistet ist, kann als Vorbild für die zukünftigen Gesetze im Inlande dienen, andere Versuche sind, wenn auch unvollkommen, so doch zweckmäßig angelegt und immerhin in anderer Form zu verwerten, wieder andere Gesetzesbestimmungen können als warnende Beispiele dienen, die bei der Abfassung zukünftiger Gesetze zu vermeiden sind.

1. Anzeigepflicht.

Wir glauben, daß die einzelnen anzeigepflichtigen Krankheiten ausdrücklich genannt sein müssen. Den Staaten liegt also die Aufstellung einer Krankheitsliste ob.

In die Krankheitsliste sind einmal die gemeingefährlichen Krankheiten, die vom Auslande eindringen (Cholera, Pest, Pocken, Gelbfieber, Fleckfieber, Aussatz) aufzunehmen. Diese Krankheiten sind in der Tat von fast allen Ländern, die eine Krankheitsliste besitzen, als anzeigepflichtig bezeichnet. Merkwürdigerweise fehlt der Aussatz in der französischen Liste. Von den inländischen (einheimischen) Krankheiten sind als erste Gruppe unbedingt auf die Krankheitsliste zu setzen Abdominaltyphus, Ruhr, Scharlach,

Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, ägyptische Augenentzündung und gewisse Formen der Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Diese erste Gruppe von Krankheiten findet sich, außer der Tuberkulose, auf fast allen Listen, nur die Ruhr fehlt merkwürdigerweise in Italien.

Lungen- und Kehlkopftuberkulose bildet eine Crux der Gesetzgebung. Nach unserer Ueberzeugung müssen die ansteckungsfähigen Fälle dieser Krankheit auch anzeigepflichtig sein; die geschlossenen Formen können dagegen, ebenso wie die Tuberkulose anderer Organe, bei denen die Sekrete nicht in Tröpfchenform verstreut werden, fehlen. In dieser Beziehung ist die Gesetzgebung nur in einigen deutschen Bundesstaaten (Lübeck und die süddeutschen Staaten), Süd-Australien, einigen amerikanischen Staaten, in Dänemark und einigen Schweizer Kantonen, namentlich dem Kanton Schaffhausen vollkommen. Jede Form der Tuberkulose anzeigepflichtig zu machen, wie es England, Norwegen, Portugal und Türkei tun, geht nach unserer Ansicht zu weit; die Folge davon ist leicht, daß die Anzeigepflicht nicht gehandhabt wird. Verderblicher wirkt aber das Gegenteil, nämlich, wenn die Anzeigepflicht ganz fehlt, wie in Oesterreich, das sonst ein recht gutes Seuchengesetz hat. Die meisten deutschen Bundesstaaten beschränken sich auf die Anzeigepflicht bei Todesfall (Preußen) oder auch bei Wohnungswechsel eines Tuberkulösen (Thüringische Staaten u. a.); es bleibt diesen Staaten daher Raum für Verbesserungen.

Als zweite Gruppe stehen einige Krankheiten, die entweder sehr selten, wenn auch stark ansteckend, oder nicht oder wenig ansteckend sind und daher nur den Träger selbst oder eine bestimmte Gruppe von Personen bedrohen. In diese Gruppe gehören Kinderlähme, Milzbrand, Wurmkrankheit, Rotz, Rückfallfieber, Tollwut, Trichinose, Nahrungsmittelvergiftungen. Diese Krankheiten sind der Mehrzahl nach in Preußen und anderen deutschen Bundesstaaten, vereinzelt auch im Auslande, in die Liste aufgenommen worden; dies ist auch durchaus zweckmäßig, aber nicht unbedingt notwendig.

Die dritte Gruppe wird durch Krankheiten gebildet, die entweder wenig ansteckend sind oder leicht verlaufen oder ein hinfälliges Virus haben. Da diese Krankheiten meist auch sehr verbreitet sind, die Anzeige also Publikum und Behörden stark belastet, so ist es besser, sie nicht anzeigepflichtig zu machen, vorbehaltlich der besonderen Anordnungen für Schulen (Konvikte, Krankenhäuser usw.). Hierhin gehören Wundrose, Keuchhusten, Masern, Ziegenpeter, Windpocken, Influenza, Grind (Favus) und Augenentzündung der Neugeborenen. Diese Krankheiten oder einzelne davon sind in mehreren amerikanischen Bundesstaaten und Kantonen der Schweiz, in England, Spanien, Ungarn, Frankreich (hier allerdings nur fakultativ) anzeigepflichtig. Zum Beispiel

haben 50% der amerikanischen Staaten die Masern auf der Anzeigeliste, 30% die Windpocken; Frankreich läßt sogar die Pneumonie fakultativ anzeigen.

Im ganzen messen wir daher dem Umfang der Krankheitsliste keine allzu große Bedeutung zu, sofern sie nur außer den gemeingefährlichen Krankheiten mindestens die erste von uns genannte Gruppe der gefährlicheren einheimischen Krankheiten umfaßt. Eine Reihe von Staaten, die eine kleine Krankheitsliste haben (Bulgarien, England, Japan, Niederlande und Sachsen; Westaustralien hat sogar nur Pocken und Pest auf der Liste), haben eine durchaus gute Sanitätsverwaltung, und die Länder mit der größten Krankheitsliste (Algier mit 26, Pensylvanien mit 33 Krankheiten und Spanien) können durchaus nicht als die Muster der Medizinalpolizei gelten.

Ein wichtiger Punkt der Krankheitsliste ist die Einbeziehung der Verdachtsfälle. Nach unserer Ansicht sind die Verdachtsfälle bestimmter Krankheiten, nämlich außer den gemeingefährlichen noch Typhus, Genickstarre und Kindbettfieber, unbedingt meldepflichtig zu machen. Hier versagen alle älteren Gesetzgebungen. Manche deutschen Bundesstaaten (darunter die thüringischen Staaten), Bulgarien und Rumänien entsprechen diesen Anforderungen. Preußen, wo das Parlament die Verdachtsfälle in der Anzeige gestrichen hat, und Japan behelfen sich damit, daß sie nur die Ermittelungen oder die Abwehrmaßnahmen ausdrücklich auf Verdachtsfälle erstrecken. Dänemark und Südaustralien schaffen auf andere Weise ein gewisses Surrogat. In den übrigen staatlichen Gesetzgebungen sind in dieser Beziehung meist völlige Lücken. — Zu weitgehend auf der anderen Seite scheint die Oesterreichische Gesetzgebung, weil hier die Verdachtsformen der gesamten Krankheitsliste anzeigepflichtig sind und dies zu unnützer Schreiberei und zu Belästigungen des Publikums führt, namentlich bei Diphtherie und Ruhr. Merkwürdigerweise nimmt Oesterreich das Kindbettfieber aus und Frankreich untersagt sogar dessen Anzeige ausdrücklich, lorsque le secret de la naissance est reclamé.

Ebensowenig genügt es, im allgemeinen alle epidemischen oder infektiösen oder ansteckenden Krankheiten als anzeigepflichtig zu bezeichnen, wie es fünf amerikanische Staaten, Neusüdwales, Südaustralien, Straits Settlements und Portugal (letzteres neben einer Reihe benannter Krankheiten) tun. Eine derartig unbestimmt gehaltene Anordnung wird erfahrungsgemäß nicht befolgt. — Noch gefährlicher ist es, nur Epidemien anzeigepflichtig zu machen, wozu namentlich die Schweiz und einige der dortigen Kantone Neigung zeigen; denn die moderne Seuchenbekämpfung wendet sich ja in erster Linie gegen die ersten Fälle und wünscht Epidemien zu vermeiden. Ganz originell und nicht unzweckmäßig verhält sich Belgien, das für die schwersten Fälle die Krankheit und den Krankheitsverdacht, für die weniger

gefährlichen Krankheiten den ersten Fall in einem Hause, und für die wenigst gefährlichen Infektionen (Masern, Keuchhusten etc.) nur die Epidemien anzeigepflichtig macht. Beachtenswert ist auch Frankreich, das neben einer obligaten Anzeigeliste (allerdings leider ohne Verdachtsfälle) noch eine fakultative Anzeigepflicht für bestimmte Krankheiten statuiert, die nur eine behördliche Desinfektion zur Folge hat.

Nach unserer Auffassung muß der zuständigen Sanitätsbehörde die Möglichkeit gegeben sein, die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten jederzeit zu erweitern; wir wissen ja nicht, wie die Infektionskrankheiten sich in Zukunft epidemiologisch verhalten werden. Diese Befugnisse haben England, Italien, Dänemark und Japan als Blanko-Vollmacht gegeben, während sie in Deutschland und in den deutschen Bundestaaten entweder den schwer beweglichen Zentralbehörden übertragen oder verklausuliert sind, ebenso wie in den Niederlanden.

Die Anzeige soll an den Gemeindevorstand gehen; wenn dieser auch nicht die Tragweite der Anzeige jederzeit übersehen kann, so hat er doch ein ständiges Bureau und kann für die Weitergabe der Anzeige sorgen. Die meisten Länder haben diese Forderung verwirklicht; Sachsen, das die Anzeige zuerst an den Bezirksarzt leitete, hat sich später zum Gemeindevorstand bekehrt, nur Elsaß-Lothringen ist beim Kreisarzt geblieben. Bei solchen Bezirksärzten, die im Hauptamt angestellt sind, läßt sich nichts Wesentliches dagegen einwenden; darum hat wohl auch England diesen Weg gewählt; in Dänemark geht nur die ärztliche Anzeige an den Epidemiearzt, die Laienanzeige an den Dorfschulzen.

Manche Gesetze fordern Meldungen an Gemeindevorstand und Arzt, Oesterreich in gewissen Fällen an Gemeindevorstand und politische Bezirksbehörde (Landrat); das mag für die Behörden zweckmäßig sein, belastet aber die Anzeigenden, Arzt und Haushaltungsvorstand, zu sehr.

Die anzeigepflichtigen Personen sollen nach unserer Ansicht subsidiär für einander eintreten, so daß jeder folgende nur dann anzeigt, wenn der vorhergehende versagt. Das ist in der Tat in Deutschland und Oesterreich eingeführt. Andere Länder nehmen aber der Sicherheit wegen zwei anzeigepflichtige Personen, meist den Arzt und den Haushaltsvorstand und für den letzteren dann subsidiär wieder Hausgenossen, Pflegepersonen u. a. Dies ist der Fall in England, der Schweiz, Dänemark, Südaustralien. In den Niederlanden zeigt der Arzt nur Pocken, Pest, Cholera an, der Haushaltsvorstand die anderen Krankheiten, in Norwegen kommen nur der Hausvater oder Hausgenosse oder Anstaltsvorstand als anzeigepflichtig in Betracht.

Es ist zweckmäßig und fast überall eingeführt, daß der Arzt in erster Linie anzeigepflichtig ist. Beim Mangel eines Arztes muß unbedingt auch der Kurpfuscher anzeige-

pflichtig gemacht werden. Es ist das eine alte Forderung, namentlich der deutschen Aerzteschaft; das deutsche Seuchengesetz hat sie deshalb auch verwirklicht, neben ihm, soviel ich sehe, nur Südaustralien, das „every person in charge or in attendance“ des Kranken als anzeigepflichtig bezeichnet. In den meisten Gesetzgebungen klafft hier eine Lücke.

Eine originelle und nicht unzweckmäßige Bestimmung haben England und Neusüdwales, indem sie dem Hausbesitzer die Verpflichtung auferlegen, dem einziehenden Mieter von den in der Wohnung abgelaufenen Infektionskrankheiten der letzten Wochen Mitteilung zu machen, falls keine Desinfektion stattgefunden hat.

Für die ärztliche Anzeige wird im allgemeinen keine Vergütung gewährt. Nur Luxemburg, England und die australischen Staaten gewähren eine solche (1,50 Frcs. bis 2,50 Sh.), England mit dem ausdrücklichen Zusatze, daß ihre Annahme keinen Arzt, auch wenn er im öffentlichen Amte steht, disqualifizieren solle. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß der Aerztestand durch die obligat und kostenlos verlangte Meldung mehr als andere Stände von dem Seuchengesetz belastet wird; deshalb wäre vielleicht doch für spätere Zeiten eine mäßige Vergütung für jede ärztliche Meldung in Erwägung zu ziehen. Interessant ist hier der Ausweg des neuen französischen Gesetzentwurfs, der allein den Haushaltsvorstand anzeigepflichtig macht und den Arzt nur zu dessen Anleitung verflichtet; erst mangels solcher Anzeige muß der Arzt direkt anzeigen. — Süd-Australien schützt seine Aerzte noch besonders gegen alle aus einer irrigen Diagnose etwa abzuleitenden Haftpflichtansprüche.

2. Ermittelung.

Die Verpfichtung zur Anstellung von Ermittelungen durch den beamteten Arzt ist in den meisten älteren Gesetzen nicht ausdrücklich angegeben; es ist deshalb hier eine Lücke festzustellen. Erst das deutsche Seuchengesetz von 1900 veranlaßte die übrigen Staaten, in diesem Punkte mehr Acht zu geben. Deutschland, Italien, Oesterreich haben den ausdrücklichen Hinweis auf Ermittelungen, Japan hat sie als fakultative Anordnungen des Regierungspräsidenten. Oesterreich geht hier wie in manchen anderen Fällen wieder etwas weit, indem es Ermittelungen in jedem Falle, also auch in Verdachtsfällen vorschreibt, so daß z. B. eine harmlose Mandelentzündung als diphtherieverdächtig oder ein leichter Darmkatarrh als ruhrverdächtig den Ermittelungen des Amtsarztes verfallen können.

Im Interesse der Ermittelungen muß dem beamteten Arzte der Zutritt zur Wohnung und zum Kranken uneingeschränkt freistehen. Daß der Amtsarzt hier keine unnötigen Belästigungen verursacht, muß auf dem Verwaltungswege erreicht werden; einschränkende Gesetzesbestimmungen sind vom

Uebel. Wir können es deshalb nicht billigen, daß Preußen, viele deutsche Bundesstaaten und die Niederlande den Zutritt zur Wohnung oder zum Kranken vom Vetorecht des behandelnden Arztes oder des Haushaltsvorstandes oder von einem Gerichtsbeschluß allgemein oder in gewissen Fällen abhängig machen, sondern müssen in diesem Punkte die Gesetzgebungen von England und Japan für besser halten, die freien Zutritt des Amtsarztes zur Wohnung, in England nur auf die Zeit von 10 bis 6 Uhr eingeschränkt, gewähren. Wenn Straits-Settlements den Zutritt ohne vorherige Notiz ausdrücklich vorschreiben, so geht das vielleicht etwas weit, und sicher zu weit geht für unsere Verhältnisse die Befugnis, die Westaustralien dem Gesundheitsoffizier gibt, nämlich jederzeit eine Haus-zu-Haus-Visitation zu machen, also ganze Straßenzüge nach Infektionskranken, gleichsam wie nach Verbrechern, abzusuchen; allerdings ist die Befugnis hier ein Surrogat der fehlenden Meldepflicht; sie zeigt aber, wie weit diese Staaten die Freiheit des Individuums dem Schutze gegen Seuchengefahr unterordnen.

Im allgemeinen soll der beamtete Arzt die Ermittelungen anstellen. In Preußen weicht man ein wenig hiervon ab, indem bei Scharlach, Diphtherie und Körnerkrankheit eine Ermittelung durch den praktischen Arzt zugelassen wird. Bei dem heutigen Hochstand der technischen Ausbildung deutscher Aerzte mag dies hingehen, zumal in manchen preußischen Regierungsbezirken doch stets der beamtete Arzt zugezogen wird.

3. Schutzmaßregeln.

Die Schutzmaßregeln sollen nach unserer Auffassung bis ins einzelne vorgeschrieben sein, und zwar besser durch Verordnung als durch Gesetz. Dem Ideal am nächsten kommt dabei die Gesetzgebung Italiens, das neben bestimmten Schutzmaßnahmen, die allerdings noch etwas präziser gefaßt werden könnten, außerdem noch eine Blanko-Vollmacht für besondere Schutzmaßnahmen gibt. Aber auch ohne solche Blanko-Vollmacht können die festgelegten Schutzmaßnahmen in Deutschland und Oesterreich als eine recht gute gesetzgeberische Arbeit gelten.

Unzureichend sind nach unserer Auffassung die Gesetze, die den ausführenden Sanitätsbehörden die Schutzmaßnahmen ganz anheimstellen, weil doch immer mit den unvollkommenen Kenntnissen und Fähigkeiten, selbst der ärztlichen Ausführungsbehörden, zu rechnen ist; in halbkultivierten Ländern, wie Deutsch-Südwest-Afrika, mag diese Fassung zulässig sein, für Schweden und Norwegen können wir sie nicht mehr völlig billigen; auch Frankreich besitzt hier große Lücken, ebenso mehrere Schweizer und amerikanische Staaten.

Zur Anordnung der Schutzmaßregeln und nötigenfalls zur Ueberwachung der Ausführung muß in erster Linie der

beamtete Arzt befugt sein; nicht zu billigen ist es für unsere Verhältnisse, wenn Italien und Japan dem behandelnden Arzt die ganze Anordnung der Schutzmaßregeln überlassen und höchstens ein Aufsichtsrecht des beamteten Arztes vorbehalten.

In dringenden Fällen muß der Amtsarzt die selbstständige Anordnung der Schutzmaßnahmen vornehmen und darf dann nicht von der vorherigen Genehmigung der Polizeibehörde abhängen. Es ist dies eine durchaus moderne Bestimmung, die eigentlich nur Deutschland und Oesterreich in klarer Form zum Ausdruck gebracht haben und deren Aufnahme in das Gesetz wesentlich den langjährigen Forderungen der deutschen Medizinalbeamten zu verdanken ist. Die älteren Gesetzgebungen anderer Länder vor 1900 weisen hier meistens Lücken auf.

Von den einzelnen Schutzmaßnahmen sei als wichtigste (leider auch umstrittenste) zunächst die Pockenimpfung genannt. Die meisten Kulturstaaten haben Impfung und Wiederimpfung eingeführt, nur Oesterreich macht hier durch das Fehlen jeder gesetzlichen Bestimmung über Impfung eine bedauerliche Ausnahme. Viele Staaten bringen die Impfung im Seuchengesetz oder im allgemeinen Gesundheitsgesetz unter, wie Frankreich, Italien, Rumänien. Andere Länder konstruieren eigene Gesetze, die sich nur mit der Impfung beschäftigen z. B. Deutschland, Brasilien, Argentinien, Japan und seit 1912 auch die Niederlande, welche letztere allerdings nur indirekten Impfzwang haben, indem sie kein ungeimpftes Kind in die Schule aufnehmen. Frankreich und Portugal überschreiten mit ihrer dreimaligen gesetzlichen Impfung die Anforderungen von Deutschland, wo jedoch beim Eintritt ins Militär der größte Teil der männlichen Bevölkerung tatsächlich zum dritten Mal geimpft wird; am weitesten geht Brasilien, das alle sieben Jahre eine neue Impfung zeitlebens vorschreibt.

In einzelnen amerikanischen Staaten wird Diphtherie-Serum unentgeltlich abgegeben, und Norwegen zwingt die landenden Schiffspassagiere, sich alle Impfungen und sonstigen Einspritzungen gefallen zu lassen, die erforderlich und erfahrungsgemäß unschädlich sind.

Die Kennzeichnung der Wohnungen sollte nach unserer Auffassung mindestens für Scharlach, Diphtherie, Genickstarre und Typhus gesetzlich zugelassen sein, falls sie sich als notwendig erweist. So ist es auch in den thüringischen Staaten vorgeschrieben. Preußen geht nicht so weit und beraubt sich damit eines sehr wirksamen Hilfsmittels zur Durchsetzung anderer sanitätspolizeilichen Forderungen, die von den Pflichtigen weit bereitwilliger durchgeführt werden, wenn im Weigerungsfalle mit der Kennzeichnung des Hauses gedroht werden kann. In Dänemark ist die erwähnte Maßnahme ebenfalls zweckmäßig getroffen. Zu weit gehen in dieser Beziehung die Niederlande und viele amerikanische Staaten,

die die Kennzeichnung der Wohnung oder des Hauses obligat machen; in Amerika erhält jeder abgesonderte Infektionskranke zugleich sein Täfelchen (placard) an die Tür. Im übrigen scheint von dieser wirksamen Schutzmaßnahme nur in sehr wenigen Staaten Gebrauch gemacht zu werden.

Im Mangel einer häuslichen Absonderungsmöglichkeit muß nach unserer Auffassung die unbeschränkte Befugnis zur Krankenhausüberführung des Infektionskranken nach dem Ermessen des beamteten Aztes gegeben sein. Diesem Ideal nähern sich mehr oder weniger Norwegen, Dänemark und Japan; andere Länder verklausulieren die Befugnis in einer an und für sich verständlichen, aber möglicherweise doch zu Nachteilen führenden Weise. Deutschland und die Niederlande knüpfen sie an die Zustimmung des behandelnden Arztes, teilweise auch des Familienvorstandes, England kann nur den, der keine eigene Wohnung hat, zwangsweise überführen und im Krankenhause zurückhalten, Italien verlangt die Zustimmung der Familie und Südaustralien beschränkt die Befugnis auf die Insassen der Logierhäuser. Das Unbedenklichste ist dabei noch das Vetorecht des behandelnden Arztes, denn in den Kulturländern steht der Arzt jetzt auf einer hohen Stufe von technischer Ausbildung und sittlichem Verantwortlichkeitsgefühl; aber es haben doch in Deutschland in letzter Zeit bedauerliche Vorkommnisse gezeigt, daß z. B. bei Pocken sämtliche sanitätspolizeilichen Maßnahmen von ärztlicher Seite umgangen werden. Deshalb ist das Vetorecht des Arztes zu streichen und nur auf dem Verwaltungswege das stete gute Einvernehmen des beamteten mit dem behandelnden Arzte zu erstreben.

Weitgehend ist die Befugnis Dänemarks, das behufs Schaffung von Absonderungsräumen der Gesundheitsbehörde das Enteignungsrecht verleiht.

In einem weiteren Punkte ist Dänemark anderen Staaten weit vorausgeschritten, indem es für bestimmte Krankheiten eine öffentliche Behandlung vorschreibt. Die Behandlung findet dann kostenlos für die „nicht Vermögenden“ und unter Leitung der Sanitätsbehörde statt. Es ist nicht zu verkennen, daß die Gelegenheit zu kostenloser Behandlung imstande ist, einen großen Teil aller übrigen Schutzmaßnahmen, ja vielleicht sogar der Anzeigepflicht entbehrlich zu machen, und Dänemark hat in der Tat außerordentlich gute Erfolge mit dieser Bestimmung seines Seuchengesetzes erzielt. Kein anderer Staat hat sie auch nur annähernd in diesem Umfange. Oesterreich und die Schweiz sehen in Epidemiezeiten die behördliche Bestellung von Epidemieärzten vor, die Schweiz teilweise auf Bundeskosten, Oesterreich ganz auf Staatskosten; Bulgarien nimmt den Infektionskranken in seine Krankenhäuser kostenlos auf, falls er erklärt, arm zu sein, auch ohne irgendein Zertifikat darüber. Das ist alles, was man von öffentlicher Behandlung in den Seuchengesetzen findet; allerdings bieten in anderen

Staaten die Unterstützungswohnsitz- und Arbeiterversicherungsgesetze ein Aequivalent hierfür.

Der Gewerbeverkehr kann in den meisten Ländern mehr oder minder eingeschränkt werden im Falle der Seuchengefahr. Besonders eingehend wird der Nahrungsmittelverkehr durch die gesetzlichen Bestimmungen in England, Dänemark, Südaustralien, Bulgarien, Oesterreich berücksichtigt. Namentlich wird hier auch auf Ansteckungsverdächtige im Nahrungsmittelbetrieb Bedacht genommen; es ist manches Vorbildliche in diesen Gesetzen enthalten.

Damit kommen wir auf die Bakterienträger. Die meisten Gesetzgebungen wissen naturgemäß noch nichts von dieser Quelle der Ansteckung; auch Preußen hilft sich nur mit Ausführungsbestimmungen zu seinem Gesetz von 1905, das die Bakterienträger noch nicht kennt. In den thüringischen Ausführungsbestimmungen ist ausgesprochen, daß der Bakterienausscheider wie ein Kranker anzusehen und zu behandeln sei. Das erste Gesetz, das in vollem Maße die Bakterienträger berücksichtigt, ist das soeben für Oesterreich erlassene Gesetz, das den Sanitätsbehörden ihnen gegenüber nahezu uneingeschränkte Befugnisse, also Beobachtung, Untersuchung, Absonderung und eventuell Krankenhauszwang beilegt. Aehnliche Befugnisse hat nur noch Westaustralien. Es ist zu wünschen, daß diese gesetzliche Bestimmung überall eingeführt wird; wie weit von ihr Gebrauch gemacht werden soll, ist Sache der Erwägung im Einzelfalle. Die völlige Lösung der Bakterienträgerfrage kann wohl nur durch Wohlfahrtsmaßnahmen erfolgen, indem die betreffenden Personen durch Anstellung in kommunalen Außenposten (Friedhof, Kläranlage usw.) oder Unterbringung in Landkolonien eine Art Absonderung erfahren.

Gegenüber den Leichen ist dagegen weitgehendste Zurückhaltung in den behördlichen Maßnahmen zu empfehlen. Die Leiche verstreut nur in den seltensten Fällen Ansteckungskeime, während jedes behördliche Eingreifen hier die Gefühle der Angehörigen aufs Tiefste verletzen kann. Vielleicht würde es nicht schaden, wenn Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Leichen überhaupt in den Seuchengesetzen fehlten, außer etwa für Leichentransporte nach auswärts. Eine weise Beschränkung zeigen Oesterreich und England in dieser Beziehung; auch die Ausführungsbestimmungen der thüringischen Staaten rücken ausdrücklich das Leichengefolge aus der Reichweite der Behörden heraus. Etwas zu streng ist wohl Preußen. — Besonders weitgehend sind manche australischen Staaten, wie Viktoria und Neusüdwales, die höchst eingreifende Bestimmungen über vorzeitige Beerdigung und vorzeitigen Abschluß des Sarges geben. Japan kann die Verbrennung von Leichen verlangen, ebenso Westaustralien; die Niederlande können jede Gemeinde zwingen, ein Infektionsleichenhaus zu errichten. Das sind im Vergleich mit der relativen

Harmlosigkeit der Infektionsleichen entschieden übertriebene Befugnisse.

Fast in allen Staaten wird die Desinfektion als behördliche Befugnis genannt. Sie wird entweder unter behördlicher Leitung ausgeführt (Preußen, Niederlande, Frankreich u. a.) oder sie wird dem Privatmann überlassen (manche deutsche, schweizerische und amerikanische Staaten), soweit nicht durch Ortsstatut ein behördliches Eingreifen festgesetzt ist. In England erhält der Hausvorstand diejenigen Gegenstände bezeichnet, die zu desinfizieren sind; sorgt er nicht binnen 24 Stunden selbst für die Desinfektion, so wird diese behördlich vorgenommen. Ebenso verhalten sich Niederlande und Neusüdwales gegenüber den Privaten (dabei werden in England Kleider und Betten kostenlos desinfiziert, die anderen Gegenstände nicht).

Zu weit in der Desinfektion gehen nach unserer Auffassung Frankreich und Italien, indem Frankreich auf eine freiwillige Meldung hin auch bei den Infektionskrankheiten mit hinfälligem Virus, sogar bei Pneumonie desinfiziert, und Italien eine periodische Desinfektionspflicht für Schulen und Gasthäuser, auch ohne speziellen Anlaß durch Infektionen, verlangt.

Das Ideal der Desinfektion ist die Kostenlosigkeit; es scheint jedoch nur Spanien ganz umsonst zu desinfizieren Der Kanton Thurgau desinfiziert ebenfalls prinzipiell kostenlos, aber es kann Wohlhabenden Rechnung gestellt werden. Ausdrücklich kostenlos für Bedürftige ist die Desinfektion in den Niederlanden und Portugal; tatsächlich ist sie es aber in vielen anderen Staaten. Die Niederlande und Frankreich geben außerdem eine staatliche Beihilfe für die Einrichtung des Desinfektionsdienstes. In den meisten anderen Ländern ist die Desinfektion zunächst Privatsache, indem der Kranke selbst oder seine Angehörigen kostenpflichtig sind, nur bei Hilfsbedürftigkeit tritt der Armenverband ein. Die kostenlose Desinfektion sollte immer mehr erstrebt werden, ohne Ansehung der Bedürftigkeit.

Als Kuriosum mag die obligatorische Verbrennung der Ausscheidungen von Typhuskranken in Neusüdwales erwähnt werden.

Recht erwägenswert ist eine Strafbestimmung, die England, Neusüdwales und Südaustralien fast gleichlautend besitzen, wonach jeder Kranke, der sich vor Vollzug der Desinfektion in den Verkehr, auf die Straße, in die öffentlichen Fuhrwerke und Geschäfte begibt, bestraft wird. Interessant ist die Bestimmung Südaustraliens, wonach der hiergegen Verstoßende die Kosten der dadurch weiter nötig werdenden Desinfektionen zu ersetzen hat.

Die Absperrung von Ortschaften ist im deutschen Seuchengesetze nicht vorgesehen und nach unserer Auffassung auch als Seuchenmaßnahme mindestens entbehrlich. Die Schweiz und Schweden statuieren ausdrücklich ihre Un-

zulässigkeit. Das österreichische Seuchengesetz enthält aber Andeutungen dieser Befugnis; Japan und Rußland bezeichnen die Absperrung ganzer Ortschaften ausdrücklich unter den Abwehrmaßnahmen.

4. Entschädigung, Kosten.

Entschädigungen kommen für entgehenden Arbeitsverdienst bei Abgesonderten, für durch Desinfektion beschädigte Gegenstände und für Untersagung von gewerblichen Betrieben in Frage. Nach unserer Ansicht treffen Deutschland und die Schweiz das Richtige, wenn sie die Entschädigung nur im Bedürftigkeitsfalle gewähren. Allerdings gehen andere Staaten weiter. In Oesterreich ist die Bedürftigkeitsklausel vom Parlament gestrichen worden, so daß die Entschädigungen jetzt allgemein gewährt werden; in Dänemark wird der durch Untersagung des Milchhandels oder durch Entziehung von öffentlichen Fuhrwerken aus dem Verkehr dem Eigentümer entstandene Schaden generell ersetzt. In Neusüdwales wird jeder durch Desinfektion entstandene Schaden behördlich vergütet, auch werden bei zwangsweiser Auslogierung von Personen ohne Rücksicht auf Bedürftigkeit Entschädigungen gewährt. Wir glauben, daß das Verantwortlichkeitsgefühl in der Bevölkerung gestärkt wird, wenn die Entschädigungsgrenzen nicht zu weit gesteckt werden.

Die Kosten sind in den meisten Ländern so verteilt, daß der Staat diejenigen für die Organisation und die Leitung der Ermittelungen einschließlich der bakteriologischen Institute trägt, während die Gemeinde für die Kosten der Schutzmaßnahmen aufzukommen hat, bei Hilfsbedürftigen endgültig, bei nicht Hilfsbedürftigen auf deren Kosten. Dies entspricht dem Billigkeitsgefühl. In Oesterreich ist allerdings dem Staate ein nicht unbedeutender Teil der gemeindlichen Kosten durch das Gesetz auferlegt worden, und es ist nicht zu verkennen, daß jedes Parlament die Neigung hat, Gemeindelasten in Staatslasten umzuwandeln. Ueber besondere Gewährung von öffentlicher Behandlung und von behördlicher Desinfektion ist oben schon gehandelt. Bei Bundestaaten oder Staatenbünden könnte man von dem Reich oder Bund noch einen besonderen Zuschuß zur Bekämpfung der das gesamte Bundesgebiet bedrohenden gemeingefährlichen Krankheiten erwarten; in der Schweiz ist dies der Fall, nicht dagegen in Deutschland, in dem australischen Staatenbund und in Amerika. Allerdings ist in Amerika die Häfenüberwachung Reichssache, während in Deutschland auch diese, wenigstens grundsätzlich, dem beteiligten Einzelstaate zufällt. Aus den Seuchengesetzen ist aber die endgültige Kostenregelung nicht völlig herauszulesen; durch den Etat gewähren viele Länder Zuschüsse für Seuchenbekämpfung, die im Gesetze nicht gefordert werden. England und die skandinavischen Reiche haben z. B. für Tuberkulosebekämpfung

große Summen ausgeworfen; auch Deutschland und Preußen haben gewaltige Mittel angewendet, um Tuberkulose, Trachom und Typhus, teils im ganzen Reiche, teils an bestimmter Stelle intensiver zu bekämpfen.

Es ist eine Forderung der Gerechtigkeit, daß das im behördlichen Seuchendienst verwendete Personal gegen berufliche Krankheit und Tod sichergestellt werde. Für die beamteten Aerzte ist das meist erfüllt. Eine Entschädigung der anderen, im Seuchendienst nur vorübergehend verwendeten Aerzte und ihrer Familien im Krankheits- und Todesfall besitzen nur die neueren Gesetze von Oesterreich, Rumänien und Italien; in Japan und Kanton Zürich besteht wenigstens eine Reliktenversorgung des Desinfektionspersonals. Manche Kantone der Schweiz (Thurgau) verpflichten sich, zur Lebens- und Krankheitsversicherung der Desinfektoren bei Versicherungsgesellschaften den vollen oder einen Teil-Betrag beizutragen. Nachdem das Rechtsgefühl in dieser Hinsicht einmal geweckt ist, wird dieser Zweig der Gesetzgebung in den Kulturstaaten noch weiter vervollkommnet werden müssen.

Die Kranken-Unterstützung soll nicht den Charakter der Armen-Unterstützung haben und den Betroffenen weder degradieren, noch von politischen Rechten fernhalten. Auch zu dieser Anschauung hat sich erst das neuere Rechtsgefühl aufgeschwungen. Deutschland hat ein eigenes Gesetz 1909 dafür geschaffen; die Schweiz und Dänemark haben eine entsprechende Bestimmung in ihre Seuchengesetze aufgenommen.

5. Die Struktur der Seuchengesetze.

Zunächst ist zu fragen: Gesetz oder Verordnung? Es ist kaum die Frage, daß die meisten oder alle Bestimmungen der Seuchenbekämpfung auf dem Verordnungswege erlassen werden können. In der Tat wählen mehrere Kantone der Schweiz, die süddeutschen Staaten, Westaustralien u. a. den Verordnungsweg; wir selbst empfehlen jedoch eine Regelung durch Gesetz: Einmal ist es eine Pflicht der loyalen Regierung, das Parlament bei derartig weittragenden Regelungen zu beteiligen; außerdem entgeht man durch die Gesetzesform allen Komplikationen, die durch Nachprüfung der Verwaltungsgerichte entstehen könnten. Wir empfehlen deshalb, die Anzeigepflicht, die Ermittelungen, die Kostenregelung und die Strafbestimmungen durch Gesetz festzulegen. Nicht empfehlenswert scheint es uns dagegen, die Einzelheiten der Schutzmaßnahmen (ausgenommen den Impfzwang) im Gesetze zu begrenzen; denn die fortschreitende Wissenschaft verlangt hier eine fortdauernde Beweglichkeit der Anordnungen, während die Gesetzesform langdauernde Starrheit zur Folge hat. In dieser Beziehung hat der Vorgang von Preußen, das durchweg die Gesetzesform wählte, auf den nachfolgenden Staaten wie ein

schweres Gewicht gelastet; man konnte sich von dem Vorgang nicht emanzipieren. Braunschweig, das unmittelbar vor Preußen seine Bestimmungen erscheinen ließ, wählte für die Schutzmaßnahmen den Verordnungsweg; Frankreich und Italien bringen sowohl die Krankheitsliste, wie die Schutzmaßnahmen in die Ausführungsverordnungen, was man nicht mißbilligen kann.

Die Seuchengesetze in Bundesstaaten sollten einheitlich sein. In Deutschland ist dies leider nur für die gemeingefährlichen Krankheiten der Fall, ebenso in der Schweiz. In Amerika werden nur die Quarantänebestimmungen an der Küste von der Zentralgewalt geregelt; den australischen Staaten fehlt jede zentrale Regelung des Seuchenwesens.

Was den Umfang des Gesetzes betrifft, so ist ein besonderes Seuchengesetz, losgelöst vom allgemeinen Gesundheitsgesetz, empfehlenswert; Deutschland, Oesterreich und Japan haben gezeigt, daß die einzelnen Bestimmungen dann weit klarer und sorgfältiger durchgearbeitet sind, als wenn die Seuchenbekämpfung in einem allgemeinen Gesundgesetz wie in Bulgarien, Rumänien, Italien, Schweden, Kanton Waadt, Queensland untergebracht sind. Allerdings können fremde Materien von schwieriger gesetzlicher Beschaffenheit in einem Seuchengesetze recht gut mit durchgeschleppt werden; so hat Frankreich den Quellenschutz, Westaustralien einen Minimal-Luftraum der Wohnstube für jeden Bewohner und Neusüdwales die Berechtigung der Gemeinden zur Anlegung von Krematorien (schon 1896!) durchgedrückt; das sind alles Materien, die, in Spezialgesetzen für sich behandelt, vom Parlament wohl erhebliche Einschränkungen erlitten hätten.

Ein Prophylaxe-Paragraph, wie ihn der § 35 des deutschen Seuchengesetzes bietet, erscheint uns unentbehrlich in allen jenen Fällen, in denen die Schutzmaßnahmen einzeln durch das Gesetz festgelegt sind. Erst der Prophylaxe-Paragraph verleiht den Behörden einigermaßen freie Hand für neuauftauchende, vom Gesetz nicht gekannte Schutzmaßnahmen. Auch hier versagt die ältere Gesetzgebung fast vollkommen. England und die australischen Staaten schaffen ein Surrogat dafür durch den Begriff der „nuisance“ (Schädlichkeit). Wo eine nuisance auftaucht, kann die Behörde Abstellung verlangen. In Oesterreich hat das Parlament den Prophylaxe-Paragraphen aus dem Regierungsentwurf herausgestrichen; Bulgarien, Schweden und Frankreich besitzen ein interessantes Surrogat, indem sie für diejenigen Gemeinden, in denen die Mortalitätsrate den Durchschnitt überschreitet, ein Eingreifen der Oberbehörde anordnen; der neue belgische Entwurf übernimmt diese Fassung.

Endlich noch ein Wort über Strafen. Nach unserer Ansicht sind Freiheitsstrafen unentbehrlich in Anbetracht der weittragenden Folgen von Versäumnissen auf dem Seuche-

gebiet. Oesterreich, Dänemark und Deutschland besitzen solche, auch Queensland, die Mehrzahl der Staaten glauben aber mit Geldstrafen auskommen zu können und setzen nur bei deren Unbeitreibbarkeit Haftstrafen fest. Beinahe komisch hören sich die sehr geringen Geldstrafen Japans an. — Interessant ist Englands Bestimmung, daß für fortgesetzte Weigerung täglich bis zu 40 Schilling Strafe festgesetzt werden können. Aehnlich straft Süd-Australien mit täglich 20 Mk.

Es ist selbstverständlich, daß namentlich in der ersten Zeit nach Erlaß des Gesetzes die Strafbefugnis milde gehandhabt werden muß; die Erfahrungen in Preußen ebenso wie in den thüringischen Staaten und wahrscheinlich auch anderswo zeigen, daß die polizeilichen Meldungen von Seuchentodesfällen hinter den standesamtlichen weit zurückbleiben; es werden also sicher noch viele Meldungen einstweilen versäumt. Hier werden aber Aufklärungen mehr als Strafen helfen.

M. H.! Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen. Es hat sich manches Beachtenswerte in weitentfernten Ländern gefunden; anderseits haben sich auch in nächster Nähe manche Lücken der Gesetzgebung ergeben. Peccatur intra muros et extra. Wir müssen uns aber gegenwärtig halten, daß die Gesetze allein nicht die Wirksamkeit der Seuchenmaßnahmen wiederspiegeln. Ihre praktische Durchführung gibt vielmehr den Ausschlag. Genau so, wie im Kriege in letzter Linie alles von der persönlichen Energie und Aufopferung des einzelnen Soldaten abhängt, so dreht sich die ganze Seuchenbekämpfung um die persönliche Tüchtigkeit der Medizinalbeamten. Nur diejenigen Staaten, die ein tüchtiges Menschenmaterial haben und die der Ausbildung ihres Medizinalbeamtenheeres die nötige Pflege und Aufmerksamkeit angedeihen lassen, werden dauernd im Kampf gegen die Volksseuchen siegreich bleiben. Der Findigkeit des Medizinalbeamten bleibt es in jedem Falle überlassen, die in den Seuchengesetzen oft versteckt liegenden Machtbefugnisse herauszulesen. Ein einzelnes Wort oder ein Nebensatz des Gesetzes enthält häufig eine Fülle von solchen Machtbefugnissen, und man kann fast von jedem Gesetze sagen, wie der Bürgersche Schatzgräber: „In unserm Berge liegt ein Schatz — Grabt nur danach!“ Große klaffende Lücken eines Gesetzes werden so öfters durch Uebergreifen benachbarter, scheinbar unbedeutender Anordnungen mehr oder weniger gedeckt, und aus den ältesten Gesetzen noch läßt sich durch eine verständige Handhabung eine praktisch wirksame Seuchenbekämpfung herausholen. Es kommt eben alles auf den Geist der Verwaltung an.

Und gerade in dieser Hinsicht, glaube ich, können wir künftigen Seuchengefahren ruhig ins Auge sehen. Deutschland hat nicht umsonst den Ruf, mit die tüchtigsten Staatsbeamten in der Welt zu haben. Bismarck hat einmal von einer fremden Macht, deren verstärkte militärische Rüstungen im In-

lande Besorgnis hervorriefen, gesagt: „Sie mögen rüsten, so viel sie wollen, den preußischen Sekondeleutnant machen sie uns nicht nach.“ — So dürfen wir auch mit Stolz sagen, wenn auch die Gesetzgebungen mancher anderen Länder den unsrigen vorangeeilt sind, den deutschen Medizinalbeamten machen uns nur wenige nach.

(Lebhafter Beifall.)

B. Praktische Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen im Inlande und die dabei gemachten Erfahrungen.

Herr Reg.- u. Med.-Rat Dr. **Krause** in Oppeln: M. H.! Als ich, einer Anregung unseres hochverehrten Herrn Vorsitzenden folgend, das Referat über die praktische Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen über Seuchenschutz im Inlande und die dabei gemachten Erfahrungen ausgearbeitet hatte und mir das entstandene Manuskript ansah, da war ich mir sofort darüber klar, daß ich das alles unmöglich vor Ihnen vortragen könnte, wollte ich nicht Ihre Geduld und Ihre Aufmerksamkeit über Gebühr in Anspruch nehmen. Anderseits sagte ich mir, daß es vielleicht für den einen und anderen nicht ohne Interesse sei, eine verhältnismäßig kurze Zusammenstellung über die Durchführnng der Seuchengesetze in den einzelnen deutschen Bundesstaaten in die Hand zu bekommen und sie bei gelegener Stunde in Ruhe durchzulesen.

Sie werden deshalb das ganze Manuskript seinerzeit gedruckt erhalten. In meinem heutigen Vortrage werde ich mich dagegen auf diejenigen Punkte beschränken, von denen ich glaube, daß sie besonders der Besprechung wert, oder — um ein Fremdwort zu gebrauchen — von denen ich glaube, daß sie zurzeit besonders aktuell sind.

Dankbar muß ich auch erwähnen, daß mich Herr Kreisarzt Dr. Zelle, Hilfsarbeiter an der Oppelner Regierung, bei meiner Arbeit in weitgehendem Maße unterstützt hat, und daß es mir infolge der geringen Muße, die mir mein Amt in Oppeln läßt, ohne seine ausgezeichnete Mithilfe überhaupt nicht möglich gewesen wäre, das umfangreiche und mühselige Referat herzustellen.

Aus der reichhaltigen Literatur, die ich benutzt habe, möchte ich nicht verfehlen, außer dem Standard-Work „Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde“ von Rapmund-Dietrich, dem ich die meisten Daten entnommen habe, die Arbeit von Dütschke „Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in Bayern, Baden und Sachsen-Koburg-Gotha nach den neueren Vorschriften im Vergleich mit dem preußischen Gesetz vom 28. August 1905“ und die von Willführ „Ueber die Bedeutung der Bazillenträger für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten“ besonders hervorzuheben.

M. H.! Eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung

in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten hat bisher nur bei den sogenannten gemeingefährlichen Krankheiten (Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken) durch das R. G. vom 30. Juni 1900 und neuerdings (Bekanntmachung des Reichkanzlers vom 28. September 1909) auf Grund des R. G. § 5 Absatz 2 auch für den Milzbrand stattgefunden. Alle übrigen übertragbaren Krankheiten, die man auch im Gegensatz zu den meist vom Ausland her eingeschleppten gemeingefährlichen Krankheiten einheimische nennt, sind nach wie vor landesgesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Bundesstaaten unterworfen.

In Preußen ist mit dem Regulativ vom 8. August 1835 erst nach langen parlamentarischen Kämpfen durch das Gesetz vom 28. August 1905 aufgeräumt worden, das trotz einzelner, meist nachträglich durch den Landtag hineingebrachter Mängel einen gewaltigen Fortschritt auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung bedeutet.

Von den größeren Bundesstaaten haben in neuester Zeit Bayern (Bekanntmachung vom 9. Mai 1911) und Baden (Verordnung vom selben Datum) ihr Sanitätswesen in bezug auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten auf Grund reicher Erfahrungen in Preußen musterhaft geordnet. Auch die thüringischen Staaten haben 1911/1913 infolge Vereinbarung gleichlautende, ganz vorzügliche Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erlassen, z. B. Gesetz vom 21. Februar 1913 für Schwarzburg-Rudolstadt, Gesetz vom 20. September 1912 für Sachsen-Altenburg usw.

Im Königreich Sachsen gelten neben den Ausführungsbestimmungen zum R. G. (vom 12. Dezember 1900) die Verordnungen vom 29. April 1905 bezw. 13. März 1906 über Scharlach, Diphtherie und Typhus, Genickstarre und Paratyphus. Württemberg hat landesgesetzliche Bestimmungen außer den Ausführungsverordnungen zum R. G. (23. Mai 1910) durch die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 9. Februar 1910 nebst Ausführungsbestimmungen vom 27. Februar 1910. Das Großherzogtum Hessen hat gesonderte Anzeigepflicht für seine einzelnen Provinzen bezw. Kreise.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werde ich zunächst die allgemeinen Bestimmungen auf dem Gebiet der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zusammen besprechen und dann die einzelnen Krankheiten durchgehen:

I. Anzeigepflicht.

In allen Bundesstaaten ist in erster Linie der Arzt zur Anzeige verpflichtet. Ist kein Arzt zugezogen, so treten nach dem R. G. an seine Stelle der Reihe nach der Haushaltungsvorstand, jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung die Erkrankung oder der Todesfall sich ereignet hat, endlich der Leichenschauer; dieser auf Grund der Er-

fahrungen, die man gelegentlich bei Pest und Choleraepidemien machte, wo ganze Familien ausstarben und schließlich niemand anders die Anzeige erstatten konnte. Die Verpflichtung einer dieser Personen tritt erst dann ein, wenn ein vor ihr Verpflichteter nicht vorhanden ist. Ein Kurpfuscher ist also erst nach dem Haushaltungsvorstand zur Anzeige verpflichtet.

Auch in den einzelnen landesgesetzlichen Bestimmungen, die nach Inkrafttreten des R. G. erlassen sind, ist dieselbe Reihenfolge angenommen: Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Oldenburg, Braunschweig, Thüringen, Reuß ä. L. und Oldenburg (hier ohne Verpflichtung des Leichenschauers) sowie Bremen. In Hessen sind nur die Aerzte bezw. die behandelnden Personen und die Haushaltungsvorstände zur Anzeige verpflichtet. In Mecklenburg-Schwerin haben nur die Aerzte bezw. (bei Kindbettfieber) die Hebammen die Anzeigepflicht, desgl. in Mecklenburg-Strelitz, Anhalt, Hamburg, Elsaß-Lothringen.

Mit Recht ist seitdem vielfach in der zuständigen Presse betont worden, daß die Anzeigepflicht des Haushaltungsvorstands so gut wie nie erfüllt wird, daß sie lediglich auf dem Papier steht.

Bei verschiedenen Krankheiten ist auch eine Anzeigepflicht für die Todesfälle vorgeschrieben; es bedarf einer solchen bei allen gemeingefährlichen Erkrankungen, sowie in Preußen, Bayern, Württemberg, Baden, Mecklenburg, Oldenburg, Thüringen, Braunschweig, Anhalt, Waldeck, Schaumburg-Lippe und den Hansestädten bei den in diesen Staaten sonst anzeigepflichtigen Krankheiten, mit der Einschränkung in Bayern und Baden, daß die Aerzte den Todesfall nur dann zu melden haben, wenn sie die Leichenschau vornehmen, sonst ist dies Sache des Leichenschauers. In Baden werden, was nachdenklich stimmen muß, die Aerzte aufgefordert, ihre Unterschrift deutlich zu geben!

Da auch bei Todesfällen, ebenso wie bei den Erkrankungen, die Anzeige des Haushaltungsvorstandes so gut wie nie erfolgt, so gelangt eine große Zahl von Fällen übertragbarer Krankheiten nicht zur Kenntnis der Polizeibehörden. Die in Preußen alljährlich stattfindenden Vergleiche der polizeilich und der standesamtlich gemeldeten Todesfälle zeigen dies zur Evidenz. Deshalb wäre zu erwägen, ob es sich empfiehlt, den Standesbeamten die gesetzliche Verpflichtung aufzuerlegen, jeden Todesfall an einer ansteckenden Krankheit den Polizeibehörden mitzuteilen. Auf dem Wege gütlicher Vereinbarung ist ein solcher Modus schon hier und da eingeführt worden, seiner generellen Einführung durch Gesetz würde aber wohl, wie ich fürchte, in erster Linie die mit der dann erwachsenden größeren Arbeitsleistung der Standesbeamten einhergehende Erhöhung der Kosten im Wege stehen.

Ueber die erfolgte Genesung ist nur in Anhalt eine Anzeige erforderlich.

Die Frist zur Anzeige ist überall kurz bemessen; sie hat „sofort“ oder „unverzüglich“, d. h. innerhalb 24 Stunden

zu geschehen; unter Umständen auch „ungesäumt“, eine Bezeichnung, die diese Frist noch abkürzt. Nur bei den Anzeigen von offener Tuberkulose ist meist eine Frist von 3 Tagen gewährt. Die Frist beginnt von dem Zeitpunkt an, wo der Arzt die entsprechende Diagnose gestellt hat; solange diese zweifelhaft ist, liegt eine Anmeldepflicht des Verdachts nur bei gewissen Krankheiten vor, z. B. bei allen gemeingefährlichen.

Die Behörde, der die Anzeige zu erstatten ist, ist fast überall die Ortspolizeibehörde, in deren Bezirk sich der Kranke befindet; in Bayern für die Aerzte die Distriktspolizeibehörde. Nur in den Hansestädten ist das Medizinalamt die zuständige Empfangstelle, und in Hessen, Lippe, Fürstentum Lübeck und Elsaß-Lothringen der zuständige Medizinalbeamte, jedoch nur, soweit es sich um die Anzeige von nicht unter das R. G. fallende Krankheiten handelt.

In beiden Mecklenburg sind doppelte Anzeigen, je eine für die Ortspolizeibehörde, die andere für den Medizinalbeamten vorgeschrieben.

Mit der Aufgabe zur Post gilt überall die Anzeige als erstattet; sie kann zwar auch mündlich — jedoch nicht durch einen beliebigen Boten — zu Protokoll geschehen, in der Regel erfolgt sie aber wohl auf unentgeltlich gelieferten Kartenbriefen. Alle Bundesstaaten außer Bayern, wo die Ortspolizeibehörde das Porto für den als „portopflichtige Dienstsache“ gehenden Meldebrief zu tragen hat, befördern diese Anzeigen portofrei.

Die Anzeige ist vom Arzt auch dann zu erstatten, wenn er die Behandlung nicht übernimmt, sondern eine Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus verordnet. Ebenso ist eine Anzeige nötig beim Wohnungswechsel oder nach erfolgter Aufnahme in ein Krankenhaus, desgl. beim Wechsel des Aufenthaltsorts. In diesem Falle ist auch die neue zuständige Polizeibehörde zu benachrichtigen.

Im Reichsgesetz ist die Anzeige bei Wohnungswechsel übrigens nicht vorgeschrieben, sondern nur die bei Wechsel des Aufenthaltsorts. Kirchner[1]) bezeichnet dies ausdrücklich als eine „Lücke“ im R.-G.

Die Anzeigepflicht kann zurzeit von Epidemien in Erinnerung gebracht werden, ihre Verletzung ist mit hohen Geldbußen bezw. mit Haft zu bestrafen.

Die Zivil- und Militärbehörden haben sich nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. November 1911 von dem Auftreten übertragbarer Krankheiten gegenseitig Mitteilung zu machen. In Bayern müssen die Militärbehörden den Distriktspolizeibehörden auch Mitteilung geben bei Entlassung und Beurlaubung von Soldaten, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden oder Bazillenträger sind; eine

[1]) Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reich 1907.

gleiche Mitteilung ist betreffs der Bazillenträger auch in Preußen durch den Ministerialerlaß vom 13. November 1911 vorgeschrieben.

Die einzelnen Bundesstaaten haben Vereinbarung getroffen wegen gegenseitiger Mitteilung übertragbarer Krankheiten in den Grenzbezirken, desgl. ist zwischen Deutschland und Frankreich ein Austausch von Nachrichten über das Auftreten von Infektionskrankheiten in den Grenzbezirken (Uebereinkommen vom 5. Dezember 1911) vereinbart. Dasselbe Verfahren gilt zwischen Belgien und den einzelnen Grenzkreisen der Rheinprovinz (Erlaß des Reichskanzlers vom 7./13. Juli 1907 und 27./29. Mai 1910.)

II. Ermittlungsverfahren.

Dies liegt meistens in der Hand des beamteten Arztes; zur Auskunfterteilung sind der Arzt, der Haushaltungsvorstand und die anderen zur Anzeige verpflichteten Personen gesetzlich verpflichtet. In Bayern, Baden, Thüringen ist die Auskunftserteilung für alle Krankheiten vorgeschrieben; in Preußen besteht keine Auskunftspflicht für Diphtherie, Scharlach, Körnerkrankheit, Tuberkulose. Bei diesen Krankheiten sind also die Angehörigen zur Erteilung von Auskunft an den Arzt und die Polizeibehörde nicht zu zwingen.

In einzelnen Bundesstaaten wie Preußen, Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Braunschweig, Thüringen ist angeordnet, daß der beamtete Arzt sich mit dem behandelnden Arzt in Verbindung setzen und ihm Gelegenheit geben soll, an der Feststellung der Krankheit, an den Ermittlungen und event. an der Leichenöffnung teilzunehmen. Eine Entschädigung für die Teilnahme erhält der behandelnde Arzt nur in Württemberg, und zwar neben den Reisegebühren die Mindesttaxe einer Konsultation.

In verschiedenen Bundesstaaten, z. B. Preußen, Braunschweig und Baden, ist dem beamteten Arzt bei den nicht im R.-G. genannten Krankheiten der Zutritt zum Kranken versagt, wenn der behandelnde Arzt davon eine Gefährdung für die Gesundheit bezw. das Leben des Kranken befürchtet. Bekanntlich hat der preußische Landtag den Zutritt des beamteten Arztes zum Kranken deshalb von der Zustimmung des behandelnden Arztes abhängig gemacht, weil er die Interessen des Kranken in weitestem Maße schützen wollte. Lag hierzu ein besonderer Anlaß vor? Ich glaube nicht! Der preußische Kreisarzt ist kein unerfahrener Exekutivbeamter, der schroff auftritt und Schrecken verbreitet, sondern ein gut vorgebildeter Arzt, der selbst ermessen kann, ob sein Verweilen beim Kranken unbedenklich ist. Außerdem darf der Kreisarzt bei den schweren Krankheiten, von denen das Reichsseuchengesetz handelt, jederzeit an das Bett des Kranken treten, so daß nicht einzusehen ist, warum ihm dieselbe Befugnis bei den viel leichter verlaufenden Krankheiten, die im Gesetz von 1905 behandelt werden, entzogen werden soll.

Die Mehrzahl der praktischen Aerzte ist zwar nach meiner festen Ueberzeugung heutzutage so pflichttreu, daß sie dem Kreisarzt in bezug auf den Zutritt zum Kranken nicht ohne Grund Schwierigkeiten bereiten wird; es gibt aber eine nicht unerhebliche Zahl von Outsidern unter ihnen. Ich erinnere an den impfgegnerischen Arzt, der neulich in Frankfurt a. M. Pockenfälle nicht anzeigte. Ich erinnere an die anderen impfgegnerischen Aerzte, deren Ansichten Ihnen allen aus impfgegnerischen Schriften bekannt sind, und von denen sich einer so weit verstieg, Genickstarre und akute Kinderlähmung als direkte Folgen der Impfung zu erklären. Ja, m. H., kann man erwarten, daß solche Aerzte den beamteten Arzt unterstützen, daß sie ihn überhaupt an die Betten der von ihnen behandelten Kranken heranlassen werden?

Leider finden sich auch unter den Aerzten, die nicht der eben erwähnten Kategorie angehören, mitunter Persönlichkeiten, die aus unsachlichen Gründen — weil sie sich irgend einmal über die Regierung geärgert haben, weil sie mit dem Kreisarzt auf gespanntem Fuße stehen und ähnliches — ihr Recht, den beamteten Arzt vom Krankenbette fern zu halten, mißbrauchen. Ich verweise auf die lesenswerten Ausführungen von Hillenberg[1]). In einer Nummer des Aerztlichen Vereinsblattes (vom 13. Mai d. Js.) beklagt sich z. B. ein Arzt über seinen Kreisarzt und empfiehlt als Mittel gegen die erfahrene schlechte Behandlung: passive Resistenz. Noch deutlicher drückte sich ein Mitglied der Aerztekammer in Breslau aus, indem es verkündete: „Die Aerzte könnten es sich überlegen, einmal bei der Seuchenbekämpfung den Medizinalbeamten gegenüber passive Resistenz zu üben. Man könne es auch den Aerzten gar nicht zumuten, sich schlecht behandeln zu lassen."

Sie sehen also, m. H., daß es eine immerhin nicht unbeträchtliche Zahl von Aerzten gibt, von denen man mit Recht befürchten muß, daß sie grundsätzlich geneigt sind, den beamteten Arzt aus den Zimmern der in ihrer Obhut befindlichen Infektionskranken auszuschließen. Ich meine daher: Eine Bestimmung, die zu solchen Folgen führen kann, ist eine schlechte Bestimmung und steht in schroffem Gegensatz zu den Zielen, die das Gesetz vom 28. August 1905 verfolgt.

Die Angelegenheit hat aber noch eine andere Seite, die beleuchtet zu werden verdient. Wenn der Kranke und seine Angehörigen das preußische Seuchengesetz kennen — und solche Menschen gibt es zur Genüge —, so wissen sie, daß der praktische Arzt, der bei ihnen behandelt, ihnen durch sein Vetorecht den beamteten Arzt fern halten kann. Wer praktische Erfahrungen hat, ist darüber unterrichtet, daß zahllose Menschen ein Interesse daran haben, den Kreisarzt bei Infektionskrankheiten nicht in ihrer Wohnung zu sehen. Ich weise nur ganz kursorisch

---

[1]) „Wie hat sich das Gesetz vom 28. August 1905 . . . . bewährt?" Zeitschrift für Medizinalbeamte 1911.

auf Gewerbetreibende, wie Bäcker, Fleischer, Milchhändler usw. hin. Auch unter den sogenannten besseren Familien gibt es nicht wenige, denen es unbequem ist, wenn der Kreisarzt in ihr Haus kommt. Alle diese Leute wissen nun, sofern sie das Gesetz kennen, daß es nur eines Wortes ihres Hausarztes bedarf, um den lästigen Besuch des beamteten Arztes zu verhindern. M. H., ich bin überzeugt, und Sie werden mit mir überzeugt sein, daß die Bitte, ein solches Wort zu sprechen, nicht allzu selten an den Hausarzt gerichtet wird. Dann ist der praktische Arzt aber in einer sehr üblen Lage: Folgt er dem Ansinnen, obgleich er es für ungerechtfertigt hält, so handelt er pflichtwidrig, und folgt er ihm nicht, so macht er sich seine Klientel zum Feinde. Daß der praktische Arzt sich aber seine Patienten im Interesse einer Sache, nämlich der Seuchenbekämpfung, verärgern soll, die mit seiner eigentlichen Tätigkeit als helfender Berater der leidenden Menschheit nur mittelbar in Zusammenhang steht, das kann man ihm wahrlich nicht zumuten.

Das Vetorecht des praktischen Arztes dem Kreisarzt gegenüber ist also auf der einen Seite überflüssig, auf der anderen kann es direkt schädlich wirken. Es genügt diese Feststellung zu machen, um zu der Schlußfolgerung zu gelangen, daß die fragliche Bestimmung des preußischen Gesetzes je eher je besser beseitigt wird. In Bayern ist die Entscheidung darüber, ob der Besuch des beamteten Arztes bei dem Kranken und seine Untersuchung eine Schädigung des Kranken befürchten läßt, lediglich dem pflichtmäßigen Ermessen des beamteten Arztes überlassen.

Nach dem R. G. § 36,2 und den landesgesetzlichen Bestimmungen können bei Behinderung des beamteten Arztes oder in dringenden Fällen auch andere Aerzte die Ermittlung vornehmen. In Preußen ist die Ermittlung bei den ersten Fällen von Diphtherie, Scharlach und Körnerkrankheit auch dann durch einen nichtbeamteten Arzt zulässig, wenn der Kreisarzt nicht behindert ist. Die Ortspolizeibehörde soll behufs Kostenersparnis den nächst erreichbaren Arzt hinzuziehen. Ich gehe auf diesen Punkt später bei der Besprechung der einzelnen Krankheiten näher ein. Vorläufig sei nur hervorgehoben, daß eine Verpflichtung des praktischen Arztes, dem Ersuchen der Ortspolizeibehörde nachzukommen, nicht besteht.

Unentbehrlich ist die Hilfe des praktischen Arztes bei der bakteriologischen Feststellung der übertragbaren Krankheiten, da er in erster Linie berufen ist, das verdächtige Material an die Untersuchungsanstalten einzusenden.

In allen Bundesstaaten bestehen jetzt derartige Untersuchungsämter. Die Versandgefäße erhalten die Aerzte in versendungsfertiger Form aus den Apotheken oder von den beamteten Aerzten.

Die vielfach zur Stellung der Diagnose nicht zu entbehrende Leichenöffnung ist, wenn der beamtete Arzt sie für nötig erachtet, bei den gemeingefährlichen Krankheiten in

allen Bundesstaaten zulässig; desgleichen in Preußen, Braunschweig und Thüringen bei Verdacht von Typhus und Rotz; in Bayern außerdem auch bei Verdacht auf Genickstarre, Ruhr, Milzbrand, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung (Paratyphus); in Baden bei Typhus, Rotz, Genickstarre und Vergiftung durch Nahrungsmittel.

Die obligatorische Leichenschau kann für die von einer gemeingefährlichen Krankheit bedrohten Orte und Bezirke eingeführt werden. In Preußen, Braunschweig und Thüringen ist den Behörden durch Landesgesetz die gleiche Befugnis auch für die übrigen übertragbaren Krankheiten eingeräumt worden.

III. Schutzmassregeln, inkl. Vorbeugungsmassnahmen.

Als solche kommen hauptsächlich in Betracht:

1. Warnung und Aufklärung der Bevölkerung, Ratschläge für Aerzte, (Merkblätter der K. G. A. bei den Krankheiten des R. G., außerdem in Preußen von der Med.-Abteilung des Ministeriums ausgearbeitete Merkblätter für die Krankheiten des Gesetzes vom 28. August 1905),
2. Meldepflicht zureisender Personen aus verseuchten Gegenden,
3. Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen, Absonderung,
4. Vorsichtsmaßnahmen inbezug auf den Transport der Kranken, gänzliches Verbot des Aufenthaltswechsels ohne polizeiliche Genehmigung,
5. Beschaffung von Isolierräumen,
6. Impfung gesunder Personen,
7. Fürsorge für ärztliche Hilfe und Pflege,
8. Beschränkung der Benutzung von gewissen Einrichtungen (Brunnen, Badeanstalten pp.),
9. Verhütung von großen Menschenansammlungen,
10. Verhütung der Weiterverbreitung von Krankheiten durch Schulen,
11. Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln,
12. Beschränkungen des Gewerbebetriebes und des Warenverkehrs,
13. Aufsicht und Einschränkung des Reiseverkehrs auf Bahnen und Flüssen,
14. Maßregeln gegen Uebertragung von Seuchen durch Tiere,
15. Desinfektion und Bereitstellung von Apparaten dazu,
16. Vorsichtsmaßnahmen inbezug auf Leichen,
17. Verkehrbeschränkungen für das Pflegepersonal.

Welche von diesen Maßnahmen jeweils zur Anwendung kommen, wird bei der Besprechung der einzelnen Krankheiten erwähnt werden. Nur auf einige Punkte, die mehr oder weniger bei jeder Seuche ins Auge zu fassen sind, soll hier kurz eingegangen werden.

Das sicherste Mittel gegen die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten ist zweifellos eine genügende Absonderung des Kranken, wie sie am besten in Isolierhäusern von Krankenanstalten durchzuführen ist. Ein Zwang für die Ueberführung der Kranken in ein Isolierhaus ist bei den im R. G. genannten Krankheiten vorgesehen; er ist aber auch bei anderen übertragbaren Krankheiten durch Landesgesetz möglich, wenn nämlich eine ausreichende Absonderung des Kranken in seiner Wohnung nicht herzustellen ist. Um zu weitgehende Eingriffe in die persönliche Freiheit des einzelnen zu verhüten, darf aber eine Ueberführung in ein Krankenhaus sowohl bei den

Krankheiten des R. G., als auch bei allen anderen jedoch nur dann angeordnet werden, wenn

1. in der Wohnung des Kranken die zu seiner Isolierung nötigen Einrichtungen nicht getroffen werden,
2. der beamtete Arzt eine Absonderung für unerläßlich und
3. der behandelnde Arzt sie ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt.

Diese einschränkenden Bestimmungen können natürlich die Seuchenbekämpfung außerordentlich erschweren; die Schwierigkeiten werden gewiß um so geringer sein, je besser die persönlichen Beziehungen des beamteten Arztes zu den praktischen Aerzten sind, und je besser der beamtete Arzt es versteht, die Angehörigen des Kranken vernünftigen Vorstellungen zugänglich zu machen. Indessen scheint mir die Mitwirkung des behandelnden Arztes hier ebenso überflüssig, wie bei der Vornahme der Ermittlungen. Was ich vor wenigen Minuten über das Vetorecht des Arztes gegen den Zutritt des beamteten Arztes an das Krankenbett ausführte, gilt hier in gleichem Maße; ich beziehe mich deshalb auf das eben Gesagte.

Selbstverständlich muß mit aller Energie darauf hingewirkt werden, daß der beamtete Arzt gute Beziehungen zu seinem in der Praxis stehenden Kollegen unterhält. Das läßt sich aber viel besser im inneren Dienstbetriebe durch entsprechende Maßnahmen der vorgesetzten Behörde erreichen. Sollte wirklich einmal ein beamteter Arzt in dieser Beziehung fortgesetzt sündigen — was ich persönlich übrigens für ausgeschlossen halte —, so hat seine vorgesetzte Behörde genügend Mittel, ihn eventuell zwangsweise auf den richtigen Weg zu bringen. Jedenfalls ist die ganze Materie nicht so beschaffen, daß sie durch das Gesetz hätte geregelt werden sollen. Auch das möchte ich schließlich noch betonen, daß man wohl einem beamteten Arzt heutzutage unbesorgt die Entscheidung darüber in die Hand geben kann, ob ein Kranker ohne Schädigung seines Befindens in ein Krankenhaus überführt werden darf.

M. H., wie Ihnen bekannt ist, hat man in Preußen bei Diphtherie und Scharlach noch ein Vetorecht konstruiert, nämlich das der Eltern, wenn es sich darum handelt, diphtherie- oder scharlachkranke Kinder in Krankenanstalten unterzubringen. Das ganze Verfahren der Seuchenbekämpfung wird hierdurch natürlich noch mehr erschwert. Daß die Bestimmung überflüssig ist, ergibt sich ohne besondere Begründung aus meinen früheren Darlegungen von selbst. In Bayern besteht übrigens eine solche Bestimmung nicht.

Voraussetzung für die Anordnung der Absonderung ist, daß geeignete Isolierräume in Krankenanstalten vorhanden sind. Für ihre Beschaffung hat die Ortspolizeibehörde zu sorgen.

Bei ansteckungsverdächtigen Personen ist nach dem preußischen Gesetz von 1905 die Anordnung der Isolierung ausgeschlossen, bei krankheitsverdächtigen Personen ist sie nur zulässig bei Typhus, Rotz und Rückfallfieber.

Sehr nützlich ist in vielen Fällen die Kenntlichmachung von Wohnungen, die bei den gemeingefährlichen Krankheiten und in Preußen bei Typhus und Rückfallfieber, in anderen Bundesstaaten, z. B. in Baden und Thüringen, auch bei Diphtherie, Genickstarre, Scharlach, in Baden auch bei Ruhr zulässig ist.

Können Gewerbebeschränkungen angedroht werden, so läßt der Widerstand gegen eine Einweisung ins Krankenhaus meistens bald nach. In Preußen sind Beschränkungen des Gewerbebetriebes gem. § 15 Abs. 1 und 2 R. G. ausgedehnt auf Diphtherie, Scharlach, Typhus und Milzbrand, Beschränkungen der Ansammlungen großer Menschenmengen gem. § 15 Abs. 3 R. G. auf Rückfallfieber und auf Typhus, jedoch nur für die Ortschaften, die bereits von der Krankheit befallen sind, nicht für ganze Bezirke, in denen einzelne Orte verseucht sind.

Ferner darf eine Ausfuhr von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nicht verboten werden, z. B. nicht die Ausfuhr von Milch aus einer Ortschaft, die vom Typhus befallen ist; desgl. nicht von Lumpen, schmutziger Wäsche und dergl. Durch diese Einschränkung wird die Wirksamkeit der Maßnahmen im hohen Grade beeinträchtigt, wenn man ja auch glücklicherweise in bezug auf die Gegenstände meistens in der Lage ist, sie ihrer Gefahren (durch Abkochung, Desinfektion etc.) zu entkleiden. In Bayern kann dagegen beim Auftreten von Diphtherie, Genickstarre, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Trichinose, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftungen, Paratyphus die Distriktspolizeibehörde so lange die gewerbsmäßige Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung oder den gewerbsmäßigen Vertrieb von Nahrungs- und Genußmitteln oder von sonstigen Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, einer Ueberwachung unterstellen oder den Betrieb solange untersagen, als die Gefahr der Verschleppung der Krankheitserreger durch den Geschäftsbetrieb besteht. Nahrungs- und Genußmittel, bei denen der Verdacht begründet ist, daß sie mit Krankheitserregern behaftet sind, können vernichtet werden. —

Eine Beobachtung kranker, krankheits- und ansteckungsverdächtiger Personen, wie sie § 14 des R. G. vorsieht, ist seitdem auch für andere Krankheiten landesgesetzlich angeordnet. Das Nähere folgt bei der Einzelbesprechung.

Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal sind in Preußen außer bei den gemeingefährlichen Krankheiten nur zulässig bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus; in Bayern, Württemberg und Baden außerdem bei Ruhr.

Ein Aufenthaltswechsel, auch am Orte selbst, ist nach der Auffassung von Rapmund-Dietrich (II. Auflage, Band 1, Seite 233) bei Personen, die an übertragbaren Krankheiten leiden, z. B. bei Dienstboten, Lehrlingen, Gesellen, und die aus ihrer Dienststelle nach Hause geschickt werden sollen,

nur mit zuvoriger polizeilicher Genehmigung gestattet. Zum Transport dürfen in solchen Fällen Droschken bezw. Lohnfuhrwerke nicht dienen.

Ueber die Befördernng Infektionskranker mit der Eisenbahn und auf Seeschiffen sind besondere Bestimmungen (§ 11 Abschn. 3 der D. E. V. O. vom 23. Dezember 1908 und Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 23. August 1907) erlassen.

Die Ein- und Ausfuhr von Waren etc. nach und aus dem Ausland regelt sich nach den internationalen Vereinbarungen, wie sie auf den internationalen Sanitätskonferenzen in Paris (1903 und 1912) beschlossen worden sind.

Was die Desinfektion betrifft, so ist mit der reichsgesetzlichen Regelung der Seuchenbekämpfung für das ganze Reich ein einheitliches Verfahren hergestellt. Die Desinfektionsanweisung des Reichskanzlers vom 11. April 1907, die sich auf die Krankheiten des R. G. bezieht, ist in fast allen Bundesstaaten nahezu wörtlich auch für die anderen übertragbaren Krankheiten eingeführt worden. In ihr wird der Hauptwert auf die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett gelegt. Leider krankt aber das ganze Desinfektionswesen zurzeit an einem Fehler, der seiner Weiterentwicklung recht störend im Wege steht. Es ist nämlich wegen der Kosten, die es verursacht, in den weitesten Kreisen äußerst unbeliebt. Wie Ihnen bekannt sein wird, bestehen in den einzelnen Kommunen verschiedene Methoden, die Kosten beizutreiben. Teils müssen die Haushaltungsvorstände alles bezahlen, teils übernehmen die Gemeinden für ganz Unbemittelte sämtliche und für wenig Bemittelte die Hälfte oder zwei Drittel der Kosten, teils decken die Gemeinden oder die Kreise alle Ausgaben für das Desinfektionswesen aus ihren Etats.

Die Deckung aller Desinfektionskosten aus kommunalen Mitteln ist dem Individuum gegenüber sicher die beste. Man darf aber nicht verkennen, daß den Kreisen heutzutage schon reichlich viele Aufwendungen zugemutet werden; man kann es daher verstehen, wenn einzelne Kreise, wie es in Oberschlesien kürzlich geschehen ist, prinzipiell jede freiwillige Uebernahme neuer Lasten auf Kreismitteln ablehnen — sei der Zweck, um den es sich handelt, auch ein noch so guter —, einfach aus dem Grunde, weil die Leistungsfähigkeit des Kreises erschöpft sei. Wenn man die Dinge objektiv betrachtet, so muß man zugeben, daß manche Kreise lediglich infolge ihrer geographischen Lage erheblich schlechter dran sind, als andere. Was müssen beispielsweise Grenzkreise, wie Kattowitz und Beuthen, die dauernd durch die Nachbarreiche mit Pocken infiziert werden, für das Desinfektionswesen ausgeben! Wie gering sind dagegen die Aufwendungen eines Kreises in der Neumark z. B., wo man die Pocken eigentlich nur von Hörensagen kennt, für den gleichen Zweck! Kann man dem Landrat eines ständig bedrohten Grenzkreises Unrecht

geben, wenn er behauptet, daß die Desinfektionen in seinem Bezirk nicht lediglich für die Insassen dieses Kreises, sondern mindestens ebensosehr im Interesse und zum Schutze des Hinterlandes ausgeführt werden? Daß es demnach nur recht und billig sei, wenn der Staat, als Gesamtvertreter des Hinterlandes, dem Grenzkreise zu den gewaltigen Kosten für das Desinfektionswesen einen Beitrag spende? Es läßt sich in der Tat wohl nicht bestreiten, daß die Desinfektion eine Maßregel bedeutet, die zunächst zweifellos ortspolizeilicher Natur ist, die aber doch recht häufig in höherem Maße landes- als ortspolizeilichen Aufgaben dient.

In den preußischen Etat sind alljährlich namhafte Mittel für Durchführung des Seuchengesetzes vom 28. August 1905 eingestellt, jedoch niemals nur annähernd verbraucht worden. Vielleicht wäre es möglich, aus diesem Fonds den Gemeinden staatliche Beihilfen zu geben, unter der Voraussetzung, daß die Desinfektionskosten alsdann aus öffentlichen Mitteln erstattet werden. Das ganze Desinfektionswesen würde durch eine solche staatliche Unterstützung außerordentlich gefördert und damit das Hauptziel, die intensivere Ausgestaltung der Seuchenbekämpfung, zweifellos näher gerückt werden.

Die Ausführung aller Maßnahmen bei der Seuchenbekämpfung liegt im ganzen Reiche in den Händen der Polizeibehörden, die dabei von den beamteten Aerzten unterstüzt und beraten werden. Bei epidemischem Auftreten von Seuchen ist überall eine Mitwirkung von Gesundheitskommissionen vorgesehen, soweit deren Bildung allgemein oder von Fall zu Fall angeordnet ist.

Ich gehe nun zur Besprechung der **einzelnen Krankheiten** über.

1. Cholera:

Die Bekämpfung der Cholera ist für das ganze Deutsche Reich auf Grund des Reichsseuchengesetzes einheitlich geregelt; denn die Vorschriften der einzelnen Bundesstaaten beruhen ausschließlich auf Beschlüssen des Bundesrats und stimmen demzufolge ihrem Inhalt nach überein. Diese Bestimmungen haben sich bei der Bekämpfung der Cholerafälle in Deutschland als so vorzüglich erwiesen, daß ein näheres Eingehen darauf sowie besondere Verbesserungsvorschläge sich fast ganz erübrigen. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß die Bestimmung in der Anl. 7, Abschn. 3 zu II 3:

> „Genesene sind nicht mehr als ansteckungsfähig anzusehen, wenn die Stuhluntersuchungen in 3 durch je einen Tag getrennten Tagen negativ ausgefallen sind",

wie die Praxis gezeigt hat, doch nicht ganz ausreichend ist, da auch in solchen Fällen, in denen dieser Bestimmung genau nachgekommen wurde, sich bei weiteren Untersuchungen Bazillen fanden. Hier wäre also eine Erhöhung der Zahl der vorgeschriebenen Stuhluntersuchungen erwünscht. Es sei übrigens bei dieser Gelegenheit gleich erwähnt, daß im Gegensatz zu

anderen Krankheiten die Bazillenträger bei der Cholera vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus als krank angesehen werden. Ausdrücklich sagt die Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera in § 17 Abs. 1:

„Anscheinend gesunde Personen, in deren Ausleerungen bei der bakteriologischen Untersuchung Choleraerreger gefunden werden, sind wie Kranke zu behandeln."

Ob diese Bestimmung im Fall eines gerichtlichen Verfahrens als zu Recht bestehend anerkannt werden würde, ist mir etwas zweifelhaft. Vom wissenschaftlichen Standpunkt ist sie jedenfalls gerechtfertigt, da schon mehrfach beobachtet wurde, daß Personen aus der Umgebung von Kranken, in deren Ausleerungen Choleraerreger gefunden wurden, kurz darauf selbst an Cholera erkrankten. — Während man bisher allgemein annahm, daß die Dauer der Ausscheidung bei Cholera-Vibrionenträgern sehr kurz sei und nur ausnahmsweise über 14 Tage hinausgehe, und daß es echte Dauerausscheider, d. h. Leute, die nach klinischer Genesung die Erreger noch längere Zeit beherbergen und ausscheiden, bei der Cholera in der Regel nicht gebe, hat Geißler[1]) auf Grund seiner Erfahrungen im jüngsten Balkankriege bei 50 Proz. der Erkrankten nach 4 bis 5 Wochen, ja vielfach noch nach 8 Wochen Dauerausscheider festgestellt. — In Baden sind gemäß Ministerialverordnung vom 9. Mai 1911 zur Unterstützung der Behörden bei der Durchführung der zur Bekämpfung der Cholera, — übrigens auch der Pest und des Fleckfiebers — angeordneten Maßnahmen an den von diesen Krankheiten bedrohten oder ergriffenen Orten von den Gemeinderäten besondere Gesundheitskommissionen zu bilden, soweit nicht ständige Kommissionen für die öffentliche Gesundheitspflege bestehen. Die Bildung solcher Kommissionen wird hiernach in Baden größtenteils erst bei dem epidemischen Auftreten von Cholera erfolgen; ihre Tätigkeit soll in der Unterstützung der Behörden bei Durchführung der sanitätspolizeilichen Maßnahmen bestehen. In Preußen wird bekanntlich der Schwerpunkt der Tätigkeit der Gesundheitskommissionen mehr in der Prophylaxe, also in der Herstellung besserer hygienischer Verhältnisse gesucht, ohne daß sie ihrer Aufgabe bei dem Auftreten von Epidemien dadurch entzogen werden.

2. Die Pest.

Auch ihre Bekämpfung ist einheitlich in Deutschland durch das Reichsseuchengesetz geregelt. Ueber Bazillenträger bei der Pest ist man noch sehr wenig unterrichtet; bei der Gefährlichkeit der Krankheit wird man — obwohl in der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest Bazillenträger nicht besonders erwähnt sind — im Ernstfall nicht auf Widerstand stoßen, wenn man sie als Kranke behandelt. Vorschläge sind hier nicht zu machen. Dasselbe gilt vom

3. Gelbfieber,

das seinerzeit unter die Krankheiten des Reichsseuchengesetzes

[1]) Zeitschrift für Mediz.-Beamte 1913 Nr. 5.

aufgenommen wurde, da man sich 1900 über das Wesen und die Verbreitung der Krankheit noch nicht genügend klar war. Nachdem sich durch die neueren Forschungen herausgestellt hat, daß die Uebertragung durch eine besondere Mückenart stattfindet, die nur in Gegenden mit mehr tropischem Klima vorkommt und in Deutschland des kühleren Klimas wegen die ihr notwendigen Lebensbedingungen nicht findet, ist eine Einschleppung dieser Krankheit nach Deutschland wohl kaum zu befürchten. Der Bundesrat hat darum auch einzig und allein für das Gelbfieber von dem Erlaß von Ausführungsbestimmungen abgesehen.

4. Pocken.

Auch ihre Bekämpfung ist in musterhafter Weise durch das R. G. geregelt. Wünsche auf Umänderung der geltenden Bestimmungen sind m. W., abgesehen von den Impfgegnern, nirgends laut geworden. Es mag aber an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß wir von einer Aufhebung oder Einschränkung des Reichs-Impfgesetzes hoffentlich verschont bleiben, da nach der übereinstimmenden Ansicht aller einsichtigen Aerzte, die je mit Pocken zu tun gehabt haben, bei einer Beschränkung der Impfpflicht die ärgsten Gefahren für die Allgemeinheit zu befürchten wären.

5. Das Fleckfieber.

Die Vorschriften zu seiner Bekämpfung, die durch den Bundesrat erlassen sind, stimmen fast wörtlich mit denen der Bekämpfung der Pocken überein. In Deutschland, speziell in Oberschlesien, wird die Seuche meistens nicht aus Rußland, sondern aus Oesterreich eingeschleppt. Mit großer Freude ist es darum zu begrüßen, daß das österreichische Gesetz vom 14. April 1913 (R. G. Bl. Nr. 67), betr. die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, bei Flecktyphus auch den Verdacht darauf anzeigepflichtig macht und die Kranken sanitätspolizeilich etwa ebenso wie das deutsche Reichsgesetz behandelt wissen will.

6. Aussatz.

Die Uebertragung des Aussatzes findet immer nur durch einen schon erkrankten Menschen statt; die Gefahr der Uebertragung ist deshalb bei weitem nicht so groß, wie bei anderen ansteckenden Krankheiten. In Ansehung der großen Seltenheit der Leprafälle im Deutschen Reich (es besteht ein Lepraherd bekanntlich nur im Kreise Memel, der durch Einschleppung aus Rußland verursacht ist) erübrigt sich eine eingehende Besprechung der Krankheit. Die in den letzten Jahren oberhalb Memels beobachteten Fälle betrafen ausschließlich von auswärts zugereiste Personen. Die Bestimmungen über die Bekämpfung des Aussatzes stimmen im großen und ganzen mit denen bei Pocken überein.

7. Milzbrand.

Da Milzbrand, wie schon oben erwähnt, durch Bekannt-

machung des Reichskanzler vom 28. September 1909 zu den gemeingefährlichen Krankheiten in bezug auf die Anzeigepflicht gezählt wird, so erstreckt sich diese auch auf alle verdächtigen Erkrankungen. Für die Ermittlung, Verhütung und Bekämpfung sind dagegen die landesgesetzlichen Bestimmungen maßgebend, die im großen und ganzen mit den in Preußen dafür geltenden übereinstimmen. Hier ist eine Anweisung vom 10. August 1906 zur Bekämpfung des Milzbrandes herausgegeben worden, aus der hervorzuheben ist, daß der beamtete Arzt seine Ermittlungen stets im Einvernehmen mit dem beamteten Tierarzt anzustellen hat. Beschränkungen des Gewerbebetriebes sind wie bei Typhus, Scharlach und Diphtherie gemäß § 15, Nr. 1 u. 2 des R.-G. zulässig; sie erstrecken sich auf gesundheitspolizeiliche Ueberwachung von Gegenständen und sind nach Genesung und Desinfektion wieder aufzuheben. In Baden besteht ferner die Bestimmung, daß gesunde Kinder aus Familien, in denen Erkrankungen an Milzbrand vorkommen, vom Schulbesuch zu befreien sind, solange eine Weiterverbreitung durch sie zu befürchten ist. Bei Vorkommen von Milzbrand in Schulgebäuden soll in Baden die Schule geschlossen werden, während in Preußen lediglich erkrankte Lehrer und Schulkinder vom Unterricht ausgeschlossen werden. In allen Bundesstaaten ist seit dem 1. Januar 1910 eine Statistik der Milzbrandfälle unter Menschen nach einem einheitlichen Muster vorgeschrieben.

8. Der Unterleibstyphus.

Seine Bekämpfung ist zwar in Deutschland der Landesgesetzgebung überlassen; im großen und ganzen stimmen jedoch die Vorschriften in den einzelnen Bundesstaaten überein und schließen sich im wesentlichen den vom Kaiserl. Gesundheitsamt ausgearbeiteten und den Landesregierungen durch Rundschreiben des Reichskanzlers vom 26. Juni 1903 mitgeteilten allgemeinen Leitsätzen für die Verwaltungsbehörden bei der Bekämpfung des Typhus an. Bekanntlich hat auch das Reich insofern einen größeren Einfluß auf die Typhusbekämpfung ausgeübt, als unter seiner Mitwirkung in den südwestlichen Grenzbezirken (Reg.-Bez. Trier, Bayerische Pfalz, Unter-Elsaß, Kreis Colmar, Lothringen und Fürstentum Birkenfeld), in denen der Typhus endemisch herrscht, eine verstärkte Bekämpfung der Seuche unter Leitung eines Reichskommissars aufgenommen ist. Durch das planmäßige Vorgehen ist in diesen Bezirken ein gewaltiger Rückgang der Typhusfälle erzielt worden; denn von 1904 bis 1908 sind die Erkrankungsfälle von 3542 auf 1288, d. h. von 10,8 auf 4,0 ‰ der Bevölkerung gesunken.

In allen Bundesstaaten besteht für Typhus die obligatorische Anzeigepflicht. Zur Sicherstellung der Diagnose ist auch in allen Bundestaaten die Sektion gestattet. Die Anzeigepflicht ist in Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Oldenburg, Braunschweig, Waldeck, Lippe, Lübeck und Elsaß-Lothringen,

sowie in allen thüringischen Staaten auch auf verdächtige Krankheiten (Paratyphus, gastrisches, Schleim-, Nervenfieber) ausgedehnt. In Preußen ist leider in dem Seuchengesetz auf Veranlassung des Herrenhauses seinerzeit die Anzeigepflicht auf die verdächtigen Erkankungen nicht ausgedehnt worden, ebenso wie bei einigen anderen Krankheiten, mit der Begründung:

„Weil sich zu wenig übersehen lasse, nach welcher Zeit der Verdacht erkannt werden könne. Es würden voraussichtlich ängstliche Aerzte, um sich nicht strafbar zu machen, manche Fälle zur Anzeige bringen, von denen sich nachher ergäbe, daß sie mit den vom Gesetz betroffenen Krankheiten nichts gemein hätten. Um aber Aerzte und Publikum vor solchen außerordentlich lästigen Verhältnissen zu schützen, sei es wünschenswert, die Verdachtsfälle im Gesetz nicht zu berücksichtigen."

Um diese Lücke im Gesetz auszufüllen, ist in Preußen vorgeschrieben, daß der beamtete Arzt auch in jedem ersten Falle von Typhusverdacht in einer Ortschaft unverzüglich die örtlichen Ermittlungen anzustellen hat; leider kommen aber solche typhusverdächtigen Krankheiten sehr oft nicht zur Kenntnis der Behörden, so daß energische sanitätspolizeiliche Maßnahmen nicht rechtzeitig einsetzen können. Nun geben gerade bei Typhus die leichteren, zunächst lediglich den Verdacht der Krankheit erweckenden Fälle den meisten Anlaß zur Weiterverbreitung der Seuche. Es ist darum einer der dringendsten, in unzähligen Publikationen und auf zahlreichen Versammlungen der Medizinalbeamten ausgesprochenen Wünsche, daß es in Preußen gelingen möge, diese brennende Frage bald zu lösen und für den Typhusverdacht die gesetzliche Anzeigepflicht einzuführen.

Unter den Schutzmaßregeln gegen die Weiterverbreitung des Typhus ist die wichtigste zweifellos die unverzügliche Absonderung der Kranken und Krankheitsverdächtigen, womöglich durch Ueberführung in ein Krankenhaus. In Preußen und Württemberg ist diese Maßregel Kranken und Krankheitsverdächtigen gegenüber zulässig. In Bayern und Baden ist die Absonderung krankheitsverdächtiger Personen nur zulässig, wenn eine große Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der Krankheit besteht. Es ist jedoch durch bakteriologische Untersuchung alsdann sobald wie möglich festzustellen, ob eine Erkrankung vorliegt.

Eine Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen ist in der preußischen Anweisung nicht vorgesehen, in Bayern, Württemberg, Baden und in Thüringen dagegen gestattet.

Eine besondere Besprechung verlangen an dieser Stelle die **Bazillenträger**: Während bei der Genickstarre die große Zahl der Träger die Schwierigkeit für die Bekämpfung bildet, erwächst der Typhusbekämpfung in der über alles Erwarten langen, wahrscheinlich lebenslänglichen Dauer der Ausscheidung des Kranken ein ungeahnt schwieriges Problem; denn nach Lentz bleiben in 4 % die Kranken chronische Bazillenträger. Außer im Stuhl sind Typhusbazillen lange nach

der klinischen Genesung auch in den Ovarien, Hoden, Muskeln, in der Schilddrüse, im Unterhautzellgewebe, in Knochenabszessen usw. gefunden worden. Diese Bazillenträger sind die Hauptursache für die Verbreitung des endemischen Typhus, z. B. in Krankenhäusern und Irrenanstalten. Nach der Festschrift von Kirchner[1]) sind die Bazillenträger nicht als Krankheitsverdächtige, sondern als Kranke im Sinne des Gesetzes anzusehen. Es ist mir bei der Richtung, die die Rechtsprechung höchster Gerichtshöfe in letzter Zeit immer mehr eingeschlagen hat, zweifelhaft, ob im Streitfalle ein sonst anscheinend gesunder Mensch, der Bazillen ausscheidet, als krank angesehen werden würde. Die Gerichte haben den Begriff „Krankheit" mehrfach definiert oder wenigstens umschrieben, z. B. bei Prozessen über nicht freigegebene Arzneimittel. Ich befürchte lebhaft, daß ein Bazillenträger, dessen Zustand dem von den Gerichten als „Krankheit" aufgestellten Begriff eben nicht entspricht, aus diesem Grunde vom Richter nicht als krank anerkannt werden würde. Daß man als Mediziner den Bazillenträger natürlich als Kranken bezeichnen wird, habe ich bereits bei Abschnitt „Cholera" erwähnt.

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen und der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen lassen sich zwei Gruppen von Bazillenträgern unterscheiden, auf die ich alsbald näher eingehen werde. Vorweg möchte ich nur noch sagen, daß die nachfolgenden Ausführungen, die sich hauptsächlich mit dem Typhus beschäftigen, im großen und ganzen auch für Ruhr, Diphtherie und Genickstarre gelten. Dementsprechend erstreckt sich der erste meiner am Schluß aufgestellten Leitsätze auf sämtliche Krankheiten, bei denen wir Bazillenträger kennen. Einzelheiten werden bei der Sonderbesprechung von Ruhr, Diphtherie und Genickstarre behandelt werden.

Man kann also, wie gesagt, zwei Gruppen von Bazillenträgern unterscheiden.

1. Bazillenträger, die gesetzlich wie Kranke behandelt werden. Dazu gehören:

a) die Träger der Cholerakeime,
b) die rekonvaleszenten Typhus- und Ruhrbazillenträger innerhalb der ersten zehn Krankheitswochen.

Die Absonderung eines Typhuskranken oder Ruhrkranken, der genesen ist, darf nicht eher aufgehoben werden, als bis sich seine Ausleerungen bei zwei durch einen Zeitraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Typhusbakterien erwiesen haben.

2. Die zweite Gruppe der Bazillenträger bilden:

a) die rekonvaleszenten Ruhr- und Typhuskranken nach der 10. Woche,
b) die Diphtheriekranken nach klinischer Genesung,

[1]) Kirchner: „Die gesetzliche Grundlage der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reich unter besonderer Berücksichtigung Preußens". Jena; 1907.

c) die anscheinend „gesunden“ Bazillenträger bei Ruhr, Typhus, Diphtherie und Genickstarre.

Von der zweiten Gruppe ist auf Grund der preußischen Bestimmungen bei Typhus zu verlangen, daß sie auf ihren infektiösen Zustand aufmerksam gemacht und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen angehalten werden. Irgendwelcher Zwang, daß sie ihre Ausleerungen untersuchen lassen müssen, besteht nicht; man ist vielmehr im großen und ganzen auf ihren guten Willen angewiesen, wenn man versuchen will, sie zur Desinfektion anzuhalten. Ferner fehlt zurzeit jede Bestimmung darüber, wer die Proben entnehmen soll. Der Arzt, der in der Rekonvaleszenz meistens nicht mehr hinkommt? Der Amtsbote oder die Angehörigen? Abgesehen von der Gefährlichkeit eines solchen Verfahrens würde man häufig Täuschungen ausgesetzt sein. Bleibt also nur, da der Kreisarzt unmöglich zu allen Bazillenträgern hinfahren kann, ein berufsmäßiger Pfleger von erprobter Zuverlässigkeit. Wie oft ist aber auch der nicht zu haben! Hier müßte eine Lücke in der Organisation des Gesundheitswesens, etwa durch Ausbildung und Anstellung von Gesundheitsaufsehern nach englischem System, ausgefüllt werden. Vorläufig wird man sich, so gut es geht, mit der Hilfe der Desinfektoren, die in den Desinfektionsschulen über die Entnahme infektiösen Materials unterwiesen werden, begnügen müssen. Die neueren Bestimmungen in Bayern, Württemberg, Baden, Thüringen schreiben bei diesen Bazillenträgern eine Beobachtung und zwangweise bakteriologische Untersuchung vor. Noch wichtiger ist bei Typhus, daß die Bazillenträger, die im Nahrungs- und Genußmittelgewerbe beschäftigt sind, hierin beschränkt werden dürfen; denn sehr oft sind bereits als Infektionsquellen für Typhusepidemien Bazillenträger unter den Familienangehörigen, dem Wirtschaftspersonal, den Milchproduzenten, den Milchhändlern oder Molkereibesitzern nachgewiesen worden. Gesetzliche Grundlagen, solche Bazillenträger in Molkereien aus dem Betriebe auszuschalten, fehlen in Preußen bis jetzt. Wo man dergleichen versucht hat, sind von den Betreffenden hin und wieder Entschädigungsansprüche gestellt worden, da sie einer vorübergehenden Brotlosigkeit ausgesetzt seien. Es ist darum dringend erwünscht, daß in ganz Deutschland eingeführt werden:

1. Gesetzliche Bestimmungen, die einen Zwang zur Beobachtung, bakteriologischen Untersuchung, Absonderung und eventuell — nach dem Befinden des beamteten Arztes — vorübergehender Krankenhausaufnahme für Bazillenträger ermöglichen, wie er nach den neueren vortrefflichen Bestimmungen in mehreren Bundesstaaten bereits besteht.

2. Gesetzliche Bestimmungen über Beschränkungen der im Nahrungs- und Genußmittelgewerbe beschäftigten Bazillenträger. Beschränkungen des Gewerbebetriebes, analog § 15 Nr. 1 u. 2 R.G. sind zwar für die Orte, die vom Typhus befallen sind, zulässig, beschränken sich aber in Preußen auf die Ueber-

wachung der Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, wobei übrigens ein Ausfuhrverbot der genannten Gegenstände nicht zulässig ist.

Ein sicheres Mittel, die Typhusbazillen im Körper abzutöten, wie das Arsenobenzol gegen die Spirochäten und die Rekurrenzspirillen, kennen wir leider noch nicht. Die Cholecystectomie oder Cholecystostomie kann solche Mittel nicht ersetzen.

Hoffentlich bringt uns die nächste Zukunft — es ist erst vor kurzem ein größerer Preis für ein derartiges Mittel ausgesetzt worden — auf diesem Wege weiter.

Man darf nun nicht übersehen, daß die Frage der Bazillenträger auch eine sehr wichtige soziale Seite hat. Wenn man energisch gegen die Bazillenträger vorgeht, und wenn das große Publikum begreift, wie gefährlich sie für die Allgemeinheit sind, so kann sich die Konsequenz ergeben, daß sie allseitig gemieden und in ihrem wirtschaftlichen Leben empfindlich geschädigt werden. Ich kenne aus einem hannoverschen Kreise einen Fall, in dem eine Witwe, die als Bazillenträgerin ermittelt war, ihr ländliches Besitztum verkaufen mußte, weil sich kein Knecht und keine Magd mehr bei ihr vermieten wollte. Wie weit sich ein solches ablehnendes Verhalten im Einzelfalle ausbilden wird, hängt natürlich vom Bildungsgrad der Bevölkerung ab. Immerhin muß man meines Erachtens bei einem, wenn ich so sagen darf, „Kampf" gegen die Bazillenträger damit rechnen, daß diese Unglücklichen verfehmt werden; man muß sich deshalb bei Zeiten überlegen, was man mit ihnen anfangen will, wenn man sie der Allgemeinheit gegenüber offiziell als Schädlinge abstempelt. Wie die Fürsorge beschaffen sein müßte, zu erörtern, würde über den Rahmen meines Vortrages hinausgehen; einige Winke sind übrigens bereits vom Herrn Vorredner gegeben worden.

9. Paratyphus.

Der Paratyphus ist in den meisten Bundestaaten anzeigepflichtig, mit Ausnahme derjenigen, in denen die Anzeigepflicht für Typhusverdacht fehlt, also auch von Preußen. Bayern hält den Paratyphus für eine Folge der Nahrungsmittelverderbnis, Baden subsummiert ihn unter den bazillären Unterleibstyphus und sieht ihn demnach als eine Form des echten Typhus an. In bezug auf seine Bekämpfung gelten mehr oder weniger dieselben Vorschriften, wie beim Typhus. Insbesondere trifft dies gegenüber den scheinbar gesunden Bazillenträgern und Dauerausscheidern zu, die beim Paratyphus ebenfalls sehr häufig sind, wenn sie sich auch ungefährlicher als bei Typhus erwiesen haben. Die weite Verbreitung der Paratyphusbazillen in der Außenwelt und im Tierreich, wo sie bei Ratten und Mäusen Seuchen veranlassen, gibt einen Hinweis in dieser Beziehung. Immerhin steht fest, daß gelegentlich beim Paratyphus Kontaktinfektionen vorkommen; man wird deshalb die Dauer-

ausscheider den Typhusbazillenträgern analog behandeln müssen. Ueberhaupt werden zweckmäßigerweise sämtliche Bekämpfungsmaßregeln des Typhus in derselben Weise bei Paratyphus angewendet.

10. Uebertragbare Ruhr (Dysenterie).

Als Krankheitserreger der Ruhr kommen hauptsächlich 2 Typen von Ruhrbazillen in Betracht: der Kruse-Shigasche und der Flexnersche. Die Erreger finden sich lediglich in den Darmausleerungen der Kranken. Als Infektionsträger ist somit fast ausschließlich der kranke Mensch mit seinen Darmausleerungen anzusehen; die Ruhr ist also eine exquisite Kontakterkrankung. Abgesehen vom Königreich Sachsen ist in allen Bundesstaaten Anzeigepflicht vorgeschrieben, in Anhalt allerdings nur fakultativ bei bösartigen und zahlreichen Erkrankungen. Verdacht auf Ruhr ist lediglich in Bayern anzeigepflichtig. Die preußischen Anweisungen für die Bekämpfung der Ruhr sind denen für Typhus sehr ähnlich; jedoch ist bei Ruhrverdacht eine Sektion nicht zulässig, während sie in Bayern von der Distriktspolizeibehörde angeordnet werden darf, wenn der Bezirksarzt sie zur Feststellung der Diagnose für erforderlich hält. Der größte Wert wird bei der Bekämpfung der Ruhr auf die strenge Absonderung der Kranken gelegt. Die Absonderung ist, wie bei Typhus, nicht eher aufzuheben, als bis die Stuhlentleerungen des Erkrankten bei zwei durch den Zwischenraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen sich frei von Bazillen erwiesen haben. Mit Vorliebe halten sich die Ruhrbazillen in geschwürigen Verunreinigungen der Mastdarmschleimhaut auf. Man kann bei solchen tiefliegenden Geschwüren evtl. eine operative Beseitigung versuchen. Ueber den Zeitraum von 10 Wochen hinaus ist die Absonderung nicht auszudehnen; der Betreffende ist alsdann als Bazillenträger zu behandeln. Die Bestimmungen hierüber decken sich mit den für Typhus geltenden; ich kann mich deshalb auf das eben Gesagte beziehen. Eine Absonderung und Beobachtung krankheitsverdächtiger Personen ist nur in Bayern und Thüringen ausdrücklich vorgeschrieben. In Bayern kann auch die Meldepflicht zuziehender Personen angeordnet werden; desgl. sind in Bayern, in Württemberg und in Baden Beschränkungen des Gewerbebetriebes und des Verkehrs mit Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, zulässig. Sehr wichtig ist die Möglichkeit einer Verkehrsbeschränkung für das berufsmäßige Pflegepersonal, die in Bayern, Baden und Württemberg zulässig ist. Dieselbe Forderung ist schon oftmals für Preußen erhoben worden; es ist lebhaft zu wünschen, daß sie bald erfüllt werde.

In Baden kann bei gehäuftem Auftreten von Erkrankungen eine Kennzeichnung der Wohnungen vorgenommen und der Zutritt zu ihnen beschränkt werden. Nach dem bayrischen

Gesetz sind die Distriktspolizeibehörden befugt, in Ortschaften, die von übertragbarer Ruhr befallen sind, besondere Vorschriften über Reinigung und Desinfektion öffentlicher Bedürfnisanstalten zu erlassen.

11. Diphtherie (Rachenbräune, Krupp).

Anzeigepflicht für Diphtherie besteht in allen Bundesstaaten sowohl für Erkrankungs-, wie für Todesfälle. In Bayern, Sachsen, Baden, Hessen, Reuß j. L. ist die Anzeige auch bei Krupp, und im Fürstentum Lübeck bei allen diphtherieverdächtigen Erkrankungs- oder Todesfällen vorgeschrieben. Was das Ermittlungsverfahren bei der Diphtherie betrifft, so hat nur in Bayern und Baden die erste Ermittlung, wenn die Anzeige nicht durch einen Arzt geschah, durch den beamteten Arzt stattzufinden; dieser hat ferner bei bösartigem und gehäuftem Auftreten der Krankheit Erhebungen anzustellen, in Baden außerdem, wenn aus den sich häufenden Anzeigen von Erkrankungen die Unzulänglichkeit der getroffenen Schutzmaßregeln hervorgeht. In Württemberg finden Ermittlungen durch den Oberamtsarzt nur statt bei gehäuftem Auftreten der Krankheit oder, wenn der erste Fall in einem Schulhause oder in einer Haushaltung auftritt, deren Angehörige ein Nahrungsmittelgewerbe betreiben. In Preußen, Württemberg und den thüringischen Staaten ist das Ermittlungsverfahren, da man wohl unter dem Einfluß der Serumbehandlung sich gewöhnt hatte, die Diphtherie für eine relativ ungefährliche Krankheit zu halten, insofern wesentlich eingeschränkt, als die Feststellung auf die nicht von einem Arzt behandelten ersten Erkrankungsfälle beschränkt ist. Mit der Feststellung kann jeder praktische Arzt betraut werden. Dies Verfahren hat sich nicht bewährt. Ein großer Teil der praktischen Aerzte ist zweifellos gar nicht in der Lage, sachgemäße Ermittlungen vorzunehmen, da hierbei auf tausend Dinge zu achten ist, die dem Ideenkreis des praktischen Arztes, dem es doch in erster Linie auf die Heilung seiner Kranken ankommt, durchaus fernliegen. Es bedarf der theoretischen Schulung und der praktischen Uebung, wie sie der beamtete Arzt sich zu eigen gemacht hat, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können. Ich brauche wohl vor Ihnen, m. H., die Sie alle Fachmänner sind, nicht ausführlicher auseinandersetzen, wieviel Erfahrung nötig ist, bevor man sich die nötige Routine in dem Maße erworben hat, daß man sanitätspolizeiliche Ermittelungen nach jeder Richtung hin gründlich und erschöpfend erledigt. Wird die Sache aber nicht gründlich gemacht, dann ist sie überflüssig und außerdem gefährlich, weil es so aussieht, als sei alles Erforderliche veranlaßt. Man übersehe nicht, daß der praktische Arzt außer der nötigen Uebung und dem Ueberblick für das wesentliche, worauf es sanitätspolizeilich ankommt, schließlich auch gar nicht die Zeit hat, in den verschiedenen Haushaltungen nachzuforschen, womöglich in mehreren Ortschaften Erkundigungen einzuziehen! Man behalte ferner im Auge, daß jeder Arzt, also selbst der

eben, vielleicht vor wenigen Wochen, approbierte junge Anfänger, dem noch alle Praxis und Erfahrung fehlt, von der Polizeibehörde mit den Ermittlungen betraut werden darf!

Weiterhin ist zu beachten, daß der praktische Arzt hier in derselben Weise in einen unangenehmen Konflikt zwischen seiner Pflicht und der unvermeidlichen Rücksichtnahme auf die Interessen seiner Klientel kommen kann, wie ich es bei der generellen Besprechung des Ermittlungsverfahrens — das Vetorecht des Arztes betreffend — dargelegt habe. Wenn z. B. ein einflußreicher Bäcker- oder Fleischermeister in einer Ortschaft, in der der mit der Ermittelung beauftragte Arzt sonst viel zu tun hat, an Diphtherie erkrankt und nach Lage der örtlichen Verhältnisse eine Schließung des betreffenden Geschäftes geboten ist — kann man dem Arzte dann wirklich zumuten, daß er die Polizeibehörde darauf aufmerksam und sich die halbe Ortschaft zum Todfeinde macht? Ich glaube, nur ein gänzlich weltfremder Mensch wird ein derartiges Ansinnen an den praktischen Arzt stellen.

Mit Recht klagen auch, so lange das Gesetz vom 28. August 1905 besteht, die Kreisärzte darüber, daß die ganze Bekämpfung der Diphtherie ihren Händen entglitten ist. Von den ersten Fällen erfahren sie außer der Mitteilung auf dem bekannten Formular nichts, mit der Ermittelung werden sie nicht betraut, was die Polizeibehörde angeordnet hat, wird ihnen gar nicht oder zu spät bekannt; erst wenn die Seuche epidemischen Charakter angenommen hat, dann dürfen sie mit ihren Ratschlägen hervortreten. Auf vielen amtlichen Versammlungen haben daher die preußischen Kreisärzte immer wieder den Wunsch geäußert, daß die Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, sobald sie nicht von einem Arzt angezeigt sind, ihnen übertragen, und daß die sanitätspolizeiliche Bekämpfung der Krankheit, wie bei Typhus, von Anfang an in ihre Hände gelegt werden möge. Da seit der Pauschalierung der Reisekosten nicht einmal mehr Bedenken finanzieller Art zu erheben sind, so ist zu hoffen, daß dieser dringende Wunsch der Kreisärzte bald erfüllt wird.

In der medizinischen Literatur finden sich Stimmen, die behaupten, daß die Diphtherie in Preußen während der letzten Jahre nicht ab-, sondern eher zugenommen habe, und daß daran die Mängel der jetzigen Bekämpfung schuld seien (dasselbe wird auch vom Scharlach behauptet). Ich will es dahingestellt sein lassen, ob diese Ansicht zutreffend ist oder nicht. Da sie aber von ernsthaften Leuten vorgetragen worden ist, so sollte sie meines Erachtens mit ein Anstoß sein, die jetzige Bekämpfungsmethode wenigstens in ihren Kardinalfehlern — und dazu gehört das unzulängliche Ermittelungsverfahren an erster Stelle — umzugestalten.

Unter den Schutzmaßregeln ist hervorzuheben, daß das preußische Gesetz hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebes

von Gegenständen, die geeignet sind, Diphtherie zu verbreiten, ebenso wie bei Typhus, Scharlach und Milzbrand eine Beschränkung des Gewerbebetriebs nur für solche Ortschaften vorsieht, die bereits von der Krankheit befallen sind. Es ordnet weiterhin an, daß mit dem Zeitpunkt der Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus und der Desinfektion der Wohnung die Beschränkung des Gewerbebetriebes aufgehoben werden muß. Nach dem bayrischen Gesetz kann dagegen beim Auftreten von Diphtherie die Distriktspolizeibehörde solange die Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie den Vertrieb der oben genannten Gegenstände überwachen bezw. ganz oder teilweise untersagen, als die Gefahr der Verschleppung der Krankheitserreger durch den Geschäftsbetrieb besteht. Für Nahrungs- und Genußmittel, die verdächtig sind, Krankheitserreger zu beherbergen, darf die Vernichtung angeordnet werden. In Bayern hat also der beamtete Arzt zu entscheiden, ob die Gefahr der Verschleppung der Diphtherie durch den Geschäftsbetrieb noch besteht; erst dann, wenn diese Frage zu verneinen ist, sind die Sperrmaßregeln im Nahrungsmittelverkehr aufzuheben. Ferner kann in Bayern beim bösartigen Auftreten von Diphtherie die Regierung — Kammer des Innern — die Abhaltung von Märkten oder anderen Veranstaltungen, die eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verbieten oder beschränken. In Baden kann bei bösartigem Auftreten von Diphtherie sowie bei gehäuftem Vorkommen in ein und demselben Hause auf Antrag des Bezirksarztes das Bezirksamt eine Kenntlichmachung des betr. Hauses anordnen, auch kann der Zutritt für alle nicht im Hause wohnenden Personen, außer für Aerzte, Krankenpflegepersonal, Geistliche und Urkundsbeamte, untersagt werden.

Die Ueberführung diphtheriekranker Kinder in ein Krankenhaus ist in Preußen nur in wenigen Fällen ohne Zustimmung der Eltern zulässig. In Bayern ist diese Zustimmung nicht erforderlich, hier kann Krankenhausüberführung angeordnet werden, sofern sie nach dem Gutachten des Bezirksarztes, der sich dabei mit dem behandelnden Arzt ins Benehmen zu setzen hat, ohne Schädigung des Kranken ausführbar ist. In Baden darf die Ueberführung von an Diphtherie kranken Kindern in ein Krankenhaus bei dringender Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit gegen den Willen der Eltern angeordnet werden.

Die Kennzeichnung von Wohnungen und Häusern ist außer in Baden auch in Württemberg und Thüringen gestattet. In den thüringischen Staaten ist ferner die Möglichkeit einer Beobachtung krankheitsverdächtiger Personen vorgesehen.

In Preußen müssen gesunde und kranke Kinder derselben Familie vom Schulunterricht fern bleiben. Wenn auch der Ministerialerlaß vom 9. Juli 1907, betr. Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule, in § 6

vorschreibt, daß die Wiederzulassung zur Schule nicht eher erfolgen darf, als bis nach ärztlicher Bescheinigung eine Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten steht und die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsgemäß als Regel geltende Zeit abgelaufen ist, so ist doch bekannt, daß leider nur in den allerseltensten Fällen vorher die hochwichtige bakteriologische Untersuchung des Rachenabstrichs von den behandelnden Aerzten veranlaßt wird, und daß durch das Nichterkennen der Bazillenträger sehr viel weitere Infektionen erfolgen. Bekanntlich beherbergen 17 % der Erkrankten die Bazillen während der Genesung; 6 % davon sind noch später, nach Wochen, Bazillenträger. Die einfachste Lösung dieser „Trägerfrage“ wäre die, wenn man die Träger durch ein Mittel von ihren gefährlichen Schmarotzern befreien könnte; ein derartiges Mittel gibt es aber leider bis jetzt nicht, und unsere sonstigen Machtmittel gegen die Träger sind gesetzlich beschränkt. Was nützt z. B. eine Desinfektion der Wohnung, wenn die Wohnung sofort wieder durch die Keime von Bazillenträgern infiziert wird, und wenn zudem die Träger unbekümmert ihre Keime überall ausstreuen? In Bayern ist vorgeschrieben, daß diphtheriekranke Kinder solange vom Schulunterricht auszuschließen sind, bis durch bakteriologische Untersuchung festgestellt ist, daß sie frei von Krankheitserregern sind. Diese Bestimmung ist entschieden für alle übrigen Staaten zu erstreben. Zurzeit erlauben in Preußen die bestehenden Bestimmungen nur, die Diphtheriebazillenträger zum Ausspülen des Rachens aufzufordern — nicht anzuhalten; allenfalls ist eine Wohnungsdesinfektion anzuordnen möglich. In Baden findet sich in dem neuen Gesetz die Bestimmung hinsichtlich der Wiederzulassung zum Schulbesuch, daß mindestens 14 Tage nach Ausbruch der Krankheit verflossen sein müssen. Unbedingt zu fordern ist eine Aenderung der Fassung in § 15 der Anweisung zur Bekämpfung der Diphtherie in Preußen dahin gehend, daß die Bazillenträger nicht nur aufgefordert, sondern gesetzlich angehalten werden können, sich zu desinfizieren, wie dies für die Pflegepersonen vor Uebernahme einer neuen Pflege (§ 14 der Anweisung) vorgesehen ist. Wegen der sonstigen Maßnahmen gegen die Bazillenträger verweise ich auf die früheren Ausführungen.

12. Scharlach.

Der Krankheitserreger des Scharlachs ist uns noch nicht bekannt. Die Vorschriften über Anzeigepflicht und Ermittlung stimmen mit denjenigen für Diphtherie überein. Die Mängel der Seuchenbekämpfung in Preußen, wo zunächst nur die Polizei und der praktische Arzt eingreifen, der Kreisarzt erst dann, wenn Epidemien entstanden sind, wurden bei der Besprechung der Diphtherie bereits berührt und machen sich bei Scharlach ebenfalls geltend. Hier werden die epidemiologischen Schwierigkeiten noch größer durch die bedeutende Tenazität des Kontagiums und seine starke Kontagiosität.

Verdächtige Erkrankungen sind nur im Fürstentum Lübeck anzeigepflichtig. In Bayern hat die Bekanntmachung vom 9. Mai 1911 eine Beschränkung des Gewerbebetriebes, wie bei Diphtherie, vorgesehen, auch kann bei bösartigem Auftreten von Scharlach ein Verbot oder eine Beschränkung von Menschenansammlungen ergehen. In Preußen ist gem. § 15,1 des R.-G. eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung der Gewerbebetriebe zulässig. In Baden und Thüringen ist eine Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser gestattet, in Thüringen auch eine Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen. Zu fordern ist bei Scharlach für Preußen die Kenntlichmachung des Hauses und die Möglichkeit, den Zutritt für alle nicht im Hause wohnenden Personen, außer für Aerzte, Krankenpflegepersonal, Geistliche und Urkundsbeamte, zu untersagen. Ebenso ist es dringend erforderlich, daß wie bei Diphtherie die ersten Fälle von Scharlach durch den beamteten Arzt festgestellt werden.

13. Masern, Röteln und Frieselfieber.

Eine obligatorische Anzeigepflicht besteht für Masern nur im Fürstentum Lübeck und in den beiden Hansestädten Lübeck und Hamburg, für Röteln überhaupt nicht. Fakultative Anzeigepflicht bei gehäuftem Auftreten ist in Baden, Hessen, Anhalt und Lippe vorgesehen, ferner in Mecklenburg-Schwerin und Mecklenburg-Strelitz bei Todesfällen. In Preußen hat man bei der großen Kontagiosität beider Krankheiten sich keinen sonderlichen Erfolg von einer Anzeigepflicht versprochen, die nur große Belästigungen der Bevölkerung zur Folge haben würde. In einigen Kreisen, z. B. Tilsit, Koschmin, Angerburg ist die Anzeigepflicht gem. § 5 P. G. vorübergehend für Masern eingeführt worden. Uebrigens klagen die Kreisärzte in Masuren darüber, daß, da der Masur nur einen Ausdruck für Scharlach wie Masern hat, Scharlachepidemien oft sehr spät zu ihrer Kenntnis kommen. Erwähnen möchte ich, daß Fälle vorgekommen sein sollen, in denen Aerzte teils aus Lässigkeit, teils aus Konnivenz Scharlachfälle nicht angezeigt haben unter dem Vorwand, es habe sich um Masern gehandelt. Trotzdem erscheint eine Wiedereinführung der Anzeigepflicht für Masern zurzeit nicht empfehlenswert.

Die Schutzmaßregeln in Preußen und in anderen Bundesstaaten beschränken sich bei Masern und Röteln auf die Verhütung der Ausbreitung durch die Schule, verlangen aber nur den Ausschluß der erkrankten Kinder, während den gesunden Geschwistern der Weiterbesuch der Schule gestattet ist. Bei bösartigem Auftreten der Krankheiten geben die landesgesetzlichen Bestimmungen den Behörden eine Handhabe, umfassendere Maßregeln in gleicher Weise wie bei Scharlach zu treffen. Ein solches Eingreifen ist z. B. bei epidemischem Auftreten von Masern in Luftkurorten, Seebädern und sonstigen Badeorten angezeigt. In Baden sind bei Masern Verkehrsbeschränkungen für das gewerbsmäßige Pflegepersonal zulässig.

An dieser Stelle möge das Frieselfieber, auch Schweißfrieseln oder englischer Schweiß genannt, gestreift werden, das vielfach ganz in Vergessenheit geraten war. In den neuen württembergischen Bestimmungen vom 9. Februar 1911 hat die Krankheit wieder Aufnahme gefunden, nachdem sie im Jahre 1900 eine sehr bösartige Epidemie in Württemberg veranlaßt hatte. Hier besteht jetzt für alle Erkrankungen und .Todesfälle obligatorische Anzeigepflicht. Der beamtete Arzt hat, wie bei Typhus, unverzüglich Ermittlungen vorzunehmen und kann auch die Sektion veranlassen. Als Schutzmaßregeln sind vorgesehen: Absonderung kranker Personen, Kennzeichnung von Häusern und Wohnungen, Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs Verhinderung der Ansammlung größerer Menschenmengen, Ausschließung der erkrankten Schulkinder vom Unterricht, Beschränkung der Benutzung von Brunnen, Reinigung von Wohnungen und Gebäuden, Desinfektion und Vorsichtsmaßnahmen bei der Behandlung der Leichen. Ein Bedürfnis, die württembergischen Vorschriften in den anderen Bundes staaten einzuführen, liegt vorläufig nicht vor.

14. Keuchhusten (Stickhusten), Mumps und Influenza.

Die Gesamtsterblichkeit an Keuchhusten ist nicht gering; sie ist höher in Preußen, als die an Masern. Es ist darum von verschiedenen Seiten die Anzeigepflicht für Keuchhusten gefordert worden, die indessen bei der Schwierigkeit der sanitätspolizeilichen Bekämpfung des Keuchhustens wohl nicht als zweckmäßig angesehen werden kann. In Luftkurorten und Seebädern kann er wie die Masern bekämpft werden, und es ist nach dem preußischen Ministerialerlaß vom 21. Juni 1910 die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf Keuchhusten bei epidemischem Auftreten eines solchen in einem Bade- oder Kurort evtl. telegraphisch beim Medizinalminister zu beantragen. Eine obligatorische Anzeigepflicht besteht für Keuchhusten nur im Fürstentum Lübeck und der Hansestadt Hamburg, in Baden bei gehäuftem Auftreten, eine fakultative bei Todesfällen in Mecklenburg-Strelitz, in Lippe für Lehrer bei Erkrankungen unter den Schulkindern.

Was für die Bekämpfung des Keuchhustens und der Masern gesagt ist, gilt auch für den Mumps. Eine obligatorische Anzeigepflicht besteht nur in Hamburg, eine fakultative in Lippe.

Die Influenza ist in keinem Bundesstaat mehr anzeigepflichtig. Bis in die letzte Zeit, d. h. bis zum Erlaß der Verordnung vom 9. Mai 1911, bestand eine fakultative Anzeigepflicht in Bayern; sie ist jedoch jetzt fallen gelassen, da mit Rücksicht auf den Charakter der Krankheit und die Art ihrer Verbreitung eine Bekämpfung aussichtslos erschien.

15. Uebertragbare (epidemische) Genickstarre.

Eine obligatorische Anzeigepflicht besteht für Erkrankungs- und Todesfälle in allen Bundesstaaten, in Sachsen,

Württemberg, Mecklenburg-Schwerin, in Thüringen, in Reuß j. L., Anhalt, Fürstentum Lübeck, Waldeck und in der Hansestadt Lübeck auch für den Verdacht. Die Ermittlung der Krankheit hat überall durch den beamteten Arzt zu geschehen; in Bayern, Württemberg und Baden ist erforderlichenfalls die Vornahme der Sektion gestattet. In jedem Falle ist womöglich eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen, Nasen-, Rachenschleim und etwas Blut einzusenden. Im Gegensatz zu Diphtherie kommen Dauerausscheider für die Verbreitung der Genickstarre wenig in Betracht, da in rd. 90% der Fälle nach 3 Wochen keine Kokken mehr im Rachen nachweisbar sind (v. Lingelsheim). Die Zahl der Kokkenträger selber aber ist ungeheuer; etwa 50% der Angehörigen von Kranken beherbergen die Kokken im Nasenrachenraum. Diese Träger sind es, die die Krankheit hauptsächlich verschleppen.

An Schutzmaßregeln gegen die Verbreitung der Krankheit kommt in erster Linie die Absonderung des Kranken und event. seine Ueberführung ins Krankenhaus in Betracht. In Württemberg und in den thüringischen Staaten kann auch die Beobachtung und die bakteriologische Untersuchung ansteckungsverdächtiger Personen (Umgebung des Kranken) angeordnet werden, in Württemberg außerdem die Absonderung krankheitsverdächtiger Personen. In Anbetracht der großen Menge der gesunden Bazillenträger ist in den meisten Bundesstaaten nur die Bestimmung getroffen, daß diese Personen durch Belehrungen und Aufklärungen zum Ausspülen des Rachens und zur Vornahme der bakteriologischen Untersuchung zu veranlassen sind; ferner soll ihnen angeraten werden, bei positivem Ausfall der Untersuchung sich unverzüglich in ärztliche Behandlung zu begeben und ihre Wäsche, vor allem ihre Taschentücher und ihre Gebrauchsgegenstände, sorgfältig desinfizieren zu lassen. Daß diese Bestimmungen nicht hinreichen, hat sich vielfach gezeigt. Ob es möglich sein würde, die Bazillenträger bei der Genickstarre in Anbetracht des Umstandes, daß die ganze nächste Umgebung eines Kranken vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus als infiziert angesehen werden muß, Verkehrsbeschränkungen zu unterwerfen, erscheint allerdings zweifelhaft. Bei einer größeren Epidemie würde der Versuch dazu wohl an den Kosten und den wirtschaftlichen Konsequenzen scheitern. Immerhin ist es am Platze, wenigstens die Möglichkeit für eine vorübergehende Krankenhausaufnahme der Kokkenträger, falls der beamtete Arzt sie für nötig hält, zu schaffen. Die Befugnis, Kokkenträger einer Beobachtung und bakteriologischen Untersuchung unterziehen zu lassen, müßte den Polizeibehörden generell in sämtlichen Bundesstaaten gewährt werden. Beim Militär z. B. wird schon jetzt auf Grund des Erlasses des Preußischen Kriegsministers vom 20. März 1907 energisch und mit großem Erfolge gegen die Kokkenträger vorgegangen. Auch in Württemberg ist eine Absonderung der Kokkenträger zulässig, die erst dann

aufgehoben werden soll, wenn die Kokkenträger sonst ganz gesund sind und nach einer eingehenden Belehrung von ihnen angenommen werden kann, daß sie die ihnen gegebenen Vorsichtsmaßregeln und die Desinfektion gewissenhaft einhalten werden. In Preußen sind dagegen Verkehrsbeschränkungen nicht einmal für Pflegepersonal zulässig.

In Bayern, Baden und Thüringen können die Wohnungen gekennzeichnet, in Bayern, Württemberg und Baden können sogar Wohnungen und Gebäude, die als Seuchenherd nach dem Gutachten des Bezirksarztes anzusehen sind, geräumt und die Gesunden aus ihnen entfernt werden. In Bayern und Baden kann ferner der Gewerbebetrieb und der Verkehr mit Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, wie bei Diphtherie beschränkt werden; in Baden und Hessen ist bei epidemischer Verbreitung der Krankheit ein Verbot oder eine Beschränkung von Menschenansammlungen zulässig.

Für Preußen ist dringend zu fordern, daß, wie es im Gesetzentwurf ursprünglich vorgesehen war, auch der Verdacht auf Genickstarre anzeigepflichtig gemacht wird, und daß das Pflegepersonal Verkehrsbeschränkungen unterworfen werden darf. Ferner erscheint eine Bestimmung notwendig, daß Kokkenträger, sowie Kinder und Lehrer aus Familien von Erkrankten der Schule fernbleiben. Statt des „Anratens“ von Ausspülungen des Rachens sollte man Kokkenträgern gegenüber die Anhaltung dazu unter Strafandrohung vorschreiben.

16. Akute Kinderlähmung.

Für diese Krankheit, die zum ersten Male im Jahre 1840 beschrieben und seitdem auch in Deutschland in einigen Bezirken epidemisch oder sporadisch aufgetreten ist, besteht bisher eine allgemeine Anzeigepflicht nur in Thüringen, Waldeck und Hamburg. In Preußen ist dies nur zum Teil der Fall, indem durch Beschlüsse des Staatsministeriums die Anzeigepflicht sowie die Bestimmungen über Ermittlung und Bekämpfung der Krankheiten, die in § 6 Abs. 1 und § 8 Abs. 1 des Gesetzes vom 28. August 1905 gegeben sind, für die akute Kinderlähmung bisher nur auf die Regierungsbezirke Schleswig, Hannover, Arnsberg, Köln, Düsseldorf, und die Provinz Brandenburg ausgedehnt sind. Da der Erreger der Krankheit nicht bekannt ist, so tappen wir mit den Bekämpfungsmaßnahmen noch im Dunkeln. Die schulpflichtigen Kinder aus Behausungen, in denen die Krankheit vorgekommen ist, sollen für die Dauer des akuten Stadiums von dem Schulunterricht möglichst ferngehalten werden.

17. Kindbettfieber.

In allen Bundesstaaten besteht eine Anzeigepflicht nicht nur für die Aerzte, sondern auch für die Hebammen, die durch ihre Dienstanweisung verpflichtet sind, schon jeden Verdacht einer fieberhaften Erkrankung im Wochenbett sofort dem zuständigen beamteten Arzt zu melden. Während also für die

Hebammen die Anzeigepflicht auch für die verdächtigen Fälle besteht, haben die Aerzte nur in Bayern, Sachsen, Württemberg, Mecklenburg-Schwerin, Anhalt, Waldeck, Thüringen sowie im Fürstentum Lübeck den Verdacht zu melden. Die Ermittlung der Krankheit durch den beamteten Arzt im ersten Fall, selbst wenn lediglich Verdacht vorliegt, ist überall angeordnet; bloß in Bayern schreibt die Verordnung vom 9. Mai 1911 den Bezirksärzten Kindbettfieberfeststellungen nicht vor, doch ist dieser Punkt anderweitig durch die Dienstanweisung für die Hebammen (Bekanntmachung des Staatsministers vom 9. Mai 1911) geregelt. Meistens, z. B. in Preußen, Württemberg, Baden und Thüringen, ist dem beamteten Arzt der Zutritt zu der Kranken nur mit Erlaubnis des behandelnden Arztes und des Haushaltungsvorstandes gestattet. Diese Bestimmung, die in Preußen das Abgeordnetenhaus in das Gesetz hineingebracht hat, ist ebenso zu beurteilen, wie das Vetorecht des Arztes bei den sonstigen Ermittlungen, worüber ich mich im Eingang meines Referates bereits ausgesprochen habe. Sie ist überflüssig und schädlich. Schädlich ganz besonders deswegen, weil der beamtete Arzt, wenn ihm der Zutritt zur Wöchnerin verwehrt wird, nichts über die Veranlassung der Erkrankung, das Verhalten der Hebamme usw. ermitteln kann. Damit ist ihm aber der Boden unter den Füßen entzogen, und die Bekämpfung des Kindbettfiebers wird illusorisch. Einer weiteren Begründung, daß das Vetorecht des behandelnden Arztes und des Haushaltungsvorstandes möglichst bald beseitigt zu werden verdient, bedarf es nicht.

Auch für Kindbettfieber hatte in dem Entwurf zum preuß. Gesetz jeder Verdachtsfall als anzeigepflichtig gelten sollen. Leider ist diese Bestimmung ebenfalls im Herrenhause seinerzeit abgelehnt worden. Eine Aufnahme der Verdachtsanzeige in eine Novelle zum Seuchengesetz ist dringend erwünscht.

18. Eitrige Augenentzündung und Schälblasen der Neugeborenen.

Die eitrige Augenentzündung der Neugeborenen ist nur in Bayern und Anhalt anzeigepflichtig. Sonst beschränkt sich die Bekämpfung dieses Leidens auf die den Hebammen durch ihre Dienstanweisung vorgeschriebenen Verhaltungsmaßregeln.

Für die Schälblasen der Neugeborenen ist nur in Baden eine Anzeigepflicht durch die Aerzte vorgesehen; der Bezirksarzt hat Ermittlungen anzustellen, wenn die Anzeige nicht durch einen Arzt erfolgt ist, wenn die Erkrankung gehäuft und in bösartiger Form auftritt, oder wenn sich aus den sich häufenden Anzeigen die Unzulänglichkeit der getroffenen Schutzmaßregeln ergibt. In den übrigen Bundesstaaten haben die Hebammen auf Grund ihrer Dienstanweisung jeden vorkommenden Fall dem beamteten Arzt anzuzeigen.

19. Körnerkrankheit (Granulose).

In fast allen deutschen Bundesstaaten ist die obligatorische Anzeigepflicht eingeführt, mit Ausnahme von Sachsen, wo

überhaupt keine Anzeige erforderlich ist, und von Hessen, Lippe und Elsaß-Lothringen, wo sie nur fakultativ besteht. Betreffs der Ermittlung der Krankheit gelten in Preußen die Vorschriften wie bei Diphtherie; die Feststellung der ersten Fälle braucht also nur zu erfolgen, wenn sie nicht durch einen Arzt angezeigt sind. Mit dieser Feststellung kann die Polizeibehörde in Preußen jeden Arzt beauftragen, in Bayern, Württemberg, Baden und in den thüringischen Staaten jedoch nur den beamteten Arzt. Ueber die Mängel des preußischen Verfahrens habe ich mich bei Besprechung der Diphtherie geäußert; die dortigen Ausführungen gelten für Granulose in demselben Maße. In Baden hat die Feststellung von Körnerkrankheit analog den Bestimmungen über Feststellung von Diphtherie, Scharlach, Schälblase, Masern und Keuchhusten durch den Bezirksarzt zu geschehen. In Württemberg kann eine Beobachtung auf ansteckungsverdächtige Personen ausgedehnt werden. In Bayern ist eine Absonderung bei Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung statthaft, wenn nach besonderen Verhältnissen des Falles eine Uebertragung auf andere Personen zu befürchten ist. In Baden und Thüringen besteht eine Meldepflicht für Zureisende aus Orten, in denen Körnerkrankheit heimisch ist. Bei gehäuftem Auftreten von Granulose sind in Preußen die im Jahre 1897 für die Bekämpfung der Granulose in Ostpreußen von den beteiligten preußischen Ministern vereinbarten Grundsätze jetzt noch maßgebend. Sie sind durch das Landesseuchengesetz nach der Richtung hin erweitert werden, daß nunmehr eine zwangsweise erfolgende ärztliche Behandlung — die wichtigste Maßregel auf diesem Gebiet — in den Gegenden, wo die Granulose planmäßig bekämpft wird, gesetzlich zulässig ist. Allerdings darf die Aufnahme in ein Krankenhaus nur zwecks einer Operation erfolgen, und wenn der Kranke mit der Vornahme der Operation einverstanden ist. Allgemein wird gewünscht, daß die Zwangsüberführung in ein Krankenhaus auch bei Behandlung veralteter und zu Hause schlecht untergebrachter Fälle auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens möglich sei.

Die Grundsätze, nach denen in Ostpreußen die Granulose auf das wirksamste bekämpft worden ist, sind im wesentlichen folgende:

1. Unentgeltliche Behandlung der Kranken, zwangsweise ausgeübte ärztliche Behandlung aller Kranken, die nicht glaubhaft nachweisen können, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden.
2. Ausbildung von Granuloseärzten.
3. Belehrung der Bevölkerung.
4. Ueberwachung der gesamten Granulosebekämpfung durch die beamteten Aerzte.
5. Besserung der hygienischen Verhältnisse der Ortschaften, der Wohnungen und der Bevölkerung.

In Bayern und Baden kann ein Zwang zur Behandlung auch bei sporadisch auftretenden Fällen ausgeübt werden. In Bayern ist die Anordnung der Ueberführung in ein Krankenhaus ohne Einschränkung zulässig.

20. Tuberkulose (Lungen- und Kehlkopfschwindsucht); Lupus (Hauttuberkulose).

Für die Bekämpfung der Tuberkulose bildet die Aufklärung nebst Belehrung der Bevölkerung über das Wesen, die Verbreitung und Verhütung der Krankheit eines der wichtigsten Mittel. Eine solche belehrende Aufklärung ist um so notwendiger, als landesgesetzliche Bestimmungen, wie bei akuten übertragbaren Krankheiten, im großen und ganzen fehlen. Eine generelle Anzeigepflicht besteht bis jetzt nur in Waldeck, wo Anzeige über alle Tuberkulösen zu erstatten ist, bei denen Bazillen nachgewiesen sind. In Hessen, Mecklenburg, Anhalt und Bremen fehlt dagegen eine Anzeigepflicht für Tuberkulose gänzlich. In Preußen und Schaumburg-Lippe ist sie auf die Todesfälle beschränkt und steht, da auf dem Lande die Tuberkulösen sehr selten bis an ihr Ende ärztlich verpflegt werden, und der Haushaltungsvorstand den Fall zumeist nicht meldet, vielfach nur auf dem Papier, besonders in Gegenden mit rückständiger Kultur und wenigen Aerzten. In Bayern, Sachsen, Württemberg, Braunschweig, Baden, Oldenburg, Thüringen, Waldeck, Lübeck, Hamburg und Elsaß-Lothringen ist die Anzeigepflicht, außer auf die Todesfälle, auf jeden Wohnungswechsel von an Lungen- und Kehlkopftuberkulose in vorgeschrittener Form leidenden Personen ausgedehnt. Uebrigens verlangt Bayern nur die Anzeige von Todesfällen an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Bayern, Baden, Lübeck und Elsaß-Lothringen schreiben eine Anzeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose für die Bewohner und Besucher von Unterrichts- und Erziehungsanstalten vor, Sachsen, Lübeck und Elsaß-Lothringen für die Insassen von Krankenanstalten, Waisen-, Armen- und Siechenhäusern, sowie für Erkrankungsfälle in Gast- und Logierhäusern, Herbergen, Schlafstellen, Internaten und Pensionaten. In Württemberg, Baden, Lübeck und Elsaß-Lothringen ist ferner die Erkrankung an offener Tuberkulose anzeigepflichtig, wenn der Kranke mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet. In Bayern kann eine Anzeigepflicht aus der gleichen Veranlassung von den zuständigen Behörden eingeführt werden. In Lübeck und Hamburg ist eine Anzeige erforderlich, wenn ein solcher Kranker im Nahrungs- und Genußmittelgewerbe tätig ist. In Baden kann für Badeorte, klimatische und sonstige Kurorte die Anzeigepflicht auf sämtliche Erkrankungsfälle von Lungen- und Kehlkopfschwindsucht durch orts- oder bezirkspolizeiliche Vorschrift angeordnet werden; auch können an solchen Kurorten für die Unterbringung von Schwindsüchtigen in Gasthöfen, Logier- und Privathäusern Anordnungen, besonders über die Beschaffenheit und Einrichtung der Unterkunftsräume, ärztliche Ueberwachung, Verkehr der Kranken an öffentlichen Orten usw. getroffen werden. Ferner ist es möglich, durch orts- oder bezirkspolizeiliche Verordnung in solchen Orten die

Aufnahme von Schwindsüchtigen außerhalb der öffentlichen Krankenanstalten und der Privatkrankenanstalten allgemein oder für gewisse Ortsteile zu verbieten. Von dieser Bestimmung wird selbstverständlich nur in Ausnahmefällen, und zwar dann Gebrauch gemacht, wenn die Aufnahme von Lungenkranken für die betreffenden Orte erhebliche Mißstände mit sich bringt. Bieten somit wenigstens einige Seuchengesetze die Möglichkeit eines bemerkenswerten sanitätspolizeilichen Eingreifens bei Tuberkulose, so fehlt in Preußen die Grundlage zu einem wirksamen Vorgehen völlig. Im allgemeinen genügen aber die Vorschriften über die Anzeigepflicht in den anderen Bundesstaaten auch nicht, um eine frühzeitige Feststellung der heilbaren wie unheilbaren Tuberkulosefälle herbeizuführen. Ein Ermittlungsverfahren ist nirgends gesetzlich angeordnet und nur in Württemberg bei auffallend häufigem Auftreten der Krankheit zulässig. Ebenso fehlen in den meisten Bundesstaaten gesetzliche Vorschriften, um den tuberkulösen Menschen für seine Umgebung unschädlich zu machen; nur in Bayern, Baden, Württemberg ist eine Absonderung der an offener Tuberkulose Erkrankten insoweit zulässig, daß sie ihre Umgebung nicht erheblich gefährden. Die Bereitstellung eines eigenen Bettes, das von den übrigen Betten tunlichst weit abzurücken ist, kann für den Kranken verlangt werden. Falls die Angehörigen der Weisung des Bezirksarztes auf Absonderung nicht nachkommen, und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, kann in Baden der Kranke zwangsweise in ein Krankenhaus oder einen geeigneten Unterkunftsraum überführt werden.

Was die Schulen anlangt, so ist, ebenso wie in Preußen durch die Anweisung vom 19. Juli 1907, in fast allen anderen Bundesstaaten die Bestimmung getroffen worden, daß tuberkulöse Lehrer und Schüler vom Unterricht auszuschließen sind, solange ihr Auswurf Tuberkelbazillen enthält.

Eine Desinfektion ist in den meisten Bundesstaaten für die Fälle vorgeschrieben, in denen eine Anzeige erstattet werden muß, in Preußen also bei Todesfällen. Es sind jedoch die nachgeordneten Behörden durch Ministerialerlaß vom 18. Oktober 1908 in Preußen angewiesen, möglichst in allen Fällen von Wohnungswechsel eine Desinfektion der bisherigen Wohnung herbeizuführen. In Bayern, Württemberg, Baden und Thüringen muß die Wohnung von Tuberkulösen beim Wohnungswechsel desinfiziert werden. Eine fortlaufende Desinfektion ist jedoch nur in besonderen Fällen von offener Tuberkulose und auch hier nur in beschränktem Maße zulässig. In Preußen ist durch Erlaß des Ministers des Innern vom 22. März 1912 die Desinfektion von Kleidungsstücken, Federbetten, wollenen Decken, Matratzen, Bettvorlegern, Gardinen, Teppichen, Tischdecken und dergl. bei Tuberkulose grundsätzlich im Dampfapparat vorgeschrieben.

Es ist klar, daß alle diese Bestimmungen zur wirk-

samen Bekämpfung der Tuberkulose nicht ausreichen, und daß zum mindesten die im Entwurf zum preußischen Gesetz vorgesehene Anzeigepflicht bei vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberkulose, sowie bei Wohnungswechsel Tuberkulöser einheitlich für das ganze Reich gefordert werden muß. Gleichfalls generell zu fordern ist eine obligatorische laufende Desinfektion und eine obligatorische Desinfektion beim Wohnungswechsel. Dringend zu wünschen ist außerdem die Befugnis, Kranke, die an offener Tuberkulose leiden, absondern zu dürfen, eventuell zwangsweise.

Ganz kurz möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, daß infolge einer großzügigen und umfassenden Mitwirkung aller Schichten der Bevölkerung, sowie der Staats- und Kommunalbehörden durch Errichtung von Heilstätten und Lungenfürsorgestellen die Tuberkulose während der verflossenen Jahrzehnte erheblich zurückgegangen ist. In Preußen ist sie in den letzten 20 Jahren um 44,7 % gesunken. Allerdings hat sich, worauf Kirchner besonders hinweist, diese Abnahme in den jugendlichen Altersklassen bis zum 20. Lebensjahr am wenigsten bemerkbar gemacht. — Was den Lupus (Hauttuberkulose) betrifft, so gilt für derartige, oft mit ekelerregenden Verunstaltungen behaftete Kranke in vielen Bundesstaaten die Bestimmung, daß sie im Nahrungsmittelgewerbe, im Barbier- und Friseurgewerbe nicht beschäftigt werden dürfen. Irgendwelche sonstigen sanitätspolizeilichen Maßnahmen sind nicht vorhanden. Das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hat jedoch unter Unterstützung der Bundesregierungen auch die Bekämpfung des Lupus in sein Programm aufgenommen.

21. Geschlechtskrankheiten und Ueberwachung der Prostitution.

Eine einheitliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten besteht im Deutschen Reich nicht, da reichsgesetzliche Vorschriften hierüber fehlen; nur für die Bekämpfung der Prostitution gibt das Strafgesetzbuch gewisse Handhaben. Durch Rundschreiben des Reichskanzlers vom 6. Mai 1904 ist den Bundesstaaten nahegelegt worden, die preußischerseits getroffenen Maßnahmen in ihrem Staatsgebiet zur Einführung zu bringen, was auch fast überall geschehen ist. Bis zum Erlaß des Geseztes vom Jahre 1905 bestand in Preußen auf Grund des Regulativs vom 8. August 1835 eine fakultative Anzeigepflicht für die Fälle, in denen nach Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheiten nachteilige Folgen zu befürchten waren. Zudem war eine Anzeigepflicht der Zivilärzte über erkrankte Soldaten an die Militärbehörde vorgesehen. Alle diese Bestimmungen sind aufgehoben worden, weil man sie für zwecklos hält. Das preußische Gesetz kennt nur die eine Bestimmung, die die Beobachtung der an Geschlechtskrankheiten erkrankten oder ansteckungsverdächtigen Personen, sowie

eine Absonderung und zwangsweise ärztliche Behandlung der Erkrankten gestattet, soweit sie gewerbsmäßig Unzucht treiben. Gleiche Vorschriften enthalten die Bestimmungen in Bayern, Baden, Braunschweig, Thüringen. In Thüringen kann schon beim Vorliegen von Tatsachen, die den Verdacht der gewerbsmäßigen Unzucht rechtfertigen, Beobachtung und Absonderung kranker Personen angeordnet werden. Eine Anzeigepflicht besteht zurzeit in keinem Bundesstaat mehr. Die zur Bekämpfung dieser Krankheiten ergriffenen Maßnahmen liegen hauptsächlich auf dem Gebiet der sozialen Aufklärung, der Besserung der Stellung der Frauen und der Bereitstellung unentgeltlicher ärztlicher Hilfe. Man sucht auch den gefallenen Frauen und Mädchen die Rückkehr zum anständigen Lebenswandel nach Kräften zu ermöglichen.

22. Krätze.

Besondere gesetzliche Maßnahmen gegen Krätze sind da, wo sie früher bestanden, z. B. in Preußen, zumeist in Wegfall gekommen. Die Krätze gehört aber zu den Krankheiten, auf die erforderlichenfalls die Anzeigepflicht in Preußen ausgedehnt werden kann; so ist dies auf meine Anregung seinerzeit für den Kreis Rügen geschehen. Nur in Lippe besteht eine fakultative Anzeigepflicht für die Lehrer beim Vorkommen der Krätze unter den Schulkindern. In allen Bundesstaaten gilt die Bestimmung, daß krätzekranke Personen von der Schule ausgeschlossen werden müssen. Württemberg und Hessen besitzen ältere Bestimmungen vom 23. März 1876, bezw. vom 1. Dezember 1881, die die Aufmerksamkeit der Behörden auf das Aufttreten von Krätze in Herbergen, Gefängnissen usw. hinlenken, damit hier sofort Isolierung und Behandlung eintreten kann.

23. Uebertragbare Tierkrankheiten: Rotz, Tollwut, Trichinose.

Ueber den Milzbrand habe ich schon gesprochen. — Für den Rotz sind durch Verfügung des Reichskanzlers vom 28. April 1904 ganz besonders strenge Vorsichtsmaßregeln über das Arbeiten mit Rotzbazillen und über die Versendung von rotzbazillenhaltigem Material getroffen. Als Tierseuche wird der Rotz durch das Reichs-Viehseuchengesetz — §§ 42 bis 45 — vom 26. Juni 1909 energisch bekämpft. Seine Bekämpfung zur Verhütung der Uebertragung auf den Menschen ist sonst der Landesgesetzgebung überlassen. Mit Ausnahme von Sachsen, Lippe und Lübeck ist der Rotz überall anzeigepflichtig; in Bayern, Baden, Oldenburg, Braunschweig und Waldeck sind die Verdachtsfälle ebenfalls anzeigepflichtig. In allen Fällen, bei Erkrankungen wie bei Verdacht, — auch in Preußen, wo der Verdacht nicht anzeigepflichtig ist —, hat der beamtete Arzt im Einvernehmen mit dem beamteten Tierarzt Ermittlungen anzustellen. Eine Leichenöffnung ist in den meisten Bundesstaaten, z. B. in Preußen, Bayern, Württemberg, Baden, Braunschweig und Thüringen gestattet. Die Maßnahmen

gegen die Weiterverbreitung der Krankheit sind die üblichen: Absonderung der Kranken und Krankheitsverdächtigen, Beobachtung, — in Bayern ist auch eine Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen zulässig —, Belehrung der Angehörigen, Verkehrsbeschränkung des Pflegepersonals, Ausschluß der erkrankten Schüler und Lehrer vom Unterricht, Vorsichtsmaßregeln bei der Krankenbeförderung und bei der Behandlung der Leiche, Desinfektion. In Bayern und Baden können auch gesunde Schulkinder, in deren Familien Rotzerkrankungen vorgekommen sind, solange von der Schule ausgeschlossen werden, als Verschleppung durch sie zu befürchten ist. Beschränkungen im Gewerbebetriebe sind nur in Württemberg statthaft.

Die Bekämpfung der Tollwut als Tierseuche ist durch das Reichs-Viehseuchengesetz vom 26. Juni 1909 in den §§ 36—41 geregelt; während ihre Bekämpfung und Verhütung beim Menschen der Landesgesetzgebung überlassen ist. In allen Bundesstaaten, mit Ausnahme von Sachsen und Mecklenburg-Strelitz, ist die Anzeigepflicht vorgeschrieben, in Württemberg auch für verdächtige Fälle. In den meisten Bundesstaaten: Preußen, Bayern, Württemberg, Baden, Braunschweig, Thüringen, Waldeck ist die Anzeigepflicht auf Bißverletzungen durch tollwütige und tollwutverdächtige Tiere ausgedehnt. Die Ermittlungen des beamteten Arztes sind unter Zuziehung des beamteten Tierarztes vorzunehmen. Die Maßregeln gegen die Weiterverbreitung der Krankheit sind Beobachtung ansteckungsverdächtiger, d. h. gebissener Personen, Absonderung von Kranken, Vorschriften für das Pflegepersonal, Ausschluß erkrankter Personen vom Schulunterricht und Desinfektion. In Baden ist, wie bei Rotz und Milzbrand, eine Fernhaltung auch gesunder Kinder aus Familien, in denen Erkrankungen an Tollwut vorgekommen sind, vom Schulunterricht zulässig, solange eine Weiterverbreitung durch sie zu befürchten ist. Die beste Maßnahme zur Verhütung des Ausbruchs der Krankheit bei gebissenen Personen ist bekanntlich die Schutzimpfung, die in Deutschland im Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch zu Berlin und im hygienischen Institut zu Breslau vorgenommen wird. In den einzelnen Bundesstaaten sind überall die Behörden angewiesen, für möglichst frühzeitige Ueberweisung der Gebissenen an diese Institute Sorge zu tragen. In Bayern werden die Reisekosten von der Staatskasse getragen.

Die Bekämpfung der Trichinenkrankheit richtet sich in erster Linie darauf, daß kein trichinöses Fleisch zum Genuß für Menschen in den Verkehr gebracht wird. Leider hat das Reichs-Schlachtvieh- und das Fleischbeschaugesetz vom 3. Juni 1900 in dieser Hinsicht im Stich gelassen, indem es die Trichinenschau nicht obligatorisch für das ganze Reich gebracht, sondern ihre Einführung den landesgesetzlichen Bestimmungen überlassen hat; nur das vom Ausland eingeführte Schweinefleisch

unterliegt allgemein der Trichinenschau. Das Reich hat aber insofern doch einen besonderen Einfluß auf die Trichinenschau ausgeübt, als der Bundesrat Bestimmungen für die Prüfung der Trichinenschauer (30. Mai 1902) sowie eine Anweisung für die Untersuchung des Fleisches auf Trichinen und für die Beurteilung seiner Genußtauglichkeit (27. März 1907) gegeben hat. In Ergänzung des Reichsgesetzes ist in fast allen nord- und mitteldeutschen Bundesstaaten entweder die obligatorische Trichinenschau durch Landesgesetz auf alle Schweine und Wildschweine ausgedehnt, wie z. B. in Sachsen, Koburg-Gotha, Braunschweig, Anhalt, Reuß, oder es sind lediglich die für den Hausgebrauch geschlachteten Schweine ausgenommen, wie in Preußen, Elsaß-Lothringen und Oldenburg. Es ist hier aber zulässig, die Trichinenschau durch bezirks- oder ortspolizeiliche Verordnung auf die Hausschlächterei auszudehnen, wie dies in Preußen in den meisten Regierungsbezirken geschehen ist. Auch in Süddeutschland ist die Regelung der Trichinenschau ortspolizeilichen Vorschriften überlassen. — Die Anzeigepflicht bei Trichinose ist, abgesehen von Sachsen, Bayern und Mecklenburg, überall eingeführt; ebenso haben überall die beamteten Aerzte in Gemeinschaft mit den beamteten Tierärzten Ermittlungen anzustellen. Schutzmaßnahmen sind der Natur der Krankheit gemäß nirgends vorgeschrieben. In Württemberg kann bei verdächtigen Todesfällen eine Sektion der Leiche behufs Entnahme von Muskelteilen angeordnet werden.

24. Die Wurmkrankheit.

Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zu ihrer Verhütung und Bekämpfung bestehen nur in Bayern und Württemberg, wo außer der obligatorischen Anzeigepflicht auch die Feststellung der Krankheit durch den beamteten Arzt vorgeschrieben ist, und in Sachsen-Altenburg, wo alle Fälle von Wurmkrankheiten anzeigepflichtig sind. In den übrigen Bundesstaaten, besonders in Preußen und Sachsen, ist die Bekämpfung durch bergpolizeiliche Verordnung geregelt. Das Fehlen einer Bestimmung im preußischen Gesetz über die Anzeigepflicht von Wurmkrankheiten ist bisher noch nicht ungünstig empfunden worden, da nach § 5 des P. G. das Staatsministerium ermächtigt ist, die Anzeigepflicht auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange diese in epidemischer Verbreitung auftreten.

25. Rückfallfieber. Malaria (Sumpffieber, kaltes Fieber).

Das Rückfallfieber ist in Deutschland ein sehr seltener Gast; es ist nicht eigentlich kontagiös, sondern wird durch Stiche von Wanzen oder Läusen übertragen. Seine Bekämpfung ist in Deutschland durch Landesgesetz geregelt. Mit Ausnahme von Bayern und Sachsen besteht überall obligatorische Anzeigepflicht. In Württemberg, Oldenburg, Braunschweig, Schwarzburg-Sondershausen, Waldeck und Fürstentum Lübeck ist die Anzeigepflicht auch auf die verdächtigen Fälle aus-

gedehnt. Die Ermittlung der Krankheit liegt dem beamteten Arzt ob und ist durch bakteriologische Untersuchung des Blutes zu unterstützen. In Württemberg ist die Entsendung besonderer Sachverständigen vorgeschrieben.

Die Uebertragung des Wechselfiebers auf den Menschen erfolgt ausschl. durch den Stich einer bestimmten Stechmückenart, in deren Körper die Plasmodien eine Entwicklung durchmachen. Besondere sanitätspolizeiliche Maßnahmen sind nirgends vorgesehen. Eine Anzeigepflicht besteht nur für Lübeck, außerdem für einzelne Kreise von Oldenburg und Ostfrieslaud. Die Bekämpfung hat sich in erster Linie auf die Vernichtung der Stechmücke zu erstrecken. Eine Belehrung über die Mückenplage hat das Kaiserliche Gesundheitsamt herausgegeben, deren Verbreitung in Preußen durch Ministerialerlaß vom 4. Juli 1911 empfohlen ist. Die Kranken sind so unterzubringen, daß sich die Stechmücken nicht von ihnen infizieren und dann die Erreger der Malaria weiter übertragen können. Daß die Plasmodien durch methodische Chininbehandlung im Blut des Kranken beseitigt werden, ist bekannt.

M. H.! Ich stehe am Schluß meines Referats und erlaube mir, folgende Leitsätze vorzuschlagen:

„Es empfiehlt sich, die ganze Seuchenbekämpfung einheitlich für das Deutsche Reich durch ein Reichsseuchengesetz zu regeln, das sämtliche ansteckenden oder übertragbaren Krankheiten, soweit ihre Bekämpfung nötig erscheint, umfaßt. Bei der Einführung eines solchen Gesetzes ist eine Berücksichtigung der nachstehend aufgezählten Maßnahmen dringend zu fordern:

A. Allgemeine Maßnahmen.

1. Gesetzliche Möglichkeit, die Bazillenträger einer Beobachtung, Untersuchung, Absonderung und — nach dem Ermessen des beamteten Arztes — vorübergehenden Krankenhaus-Aufnahme zu unterwerfen, sowie sie, unter Strafandrohung, zur Befolgung der Desinfektionsmaßregeln an ihrem Körper anzuhalten.

2. Wegfall der Beschränkungen des beamteten Arztes in den einzelnen Maßnahmen zur Ermittelung und Bekämpfung der Seuchen.

3. Wegfall des Vetorechts der Eltern und des behandelnden Arztes gegen Krankenhaus-Aufnahme.

4. Gesetzliche Möglichkeit, die Befugnisse des § 15 Absatz 1—3 des jetzigen Reichsgesetzes (Beschränkungen des Gewerbebetriebes) uneingeschränkt auf Genickstarre, Diphtherie, Scharlach, Milzbrand, Ruhr, Typhus (Paratyphus) anzuwenden.

5. Verpflichtung zur Auskunfterteilung, gemäß § 7

Abs. 3 des jetzigen Reichsgesetzes, auch bei Scharlach, Diphtherie, Granulose und Tuberkulose.

6. Erstattung der Kosten für Desinfektionen aus öffentlichen Mitteln. Weitergehende Unterstützung der Gemeinden bei der Bekämpfung der Seuchen aus Staatsmitteln, als bisher..

B. Spezielle Maßnahmen.

1. Typhus und Paratyphus: Anzeigepflicht für verdächtige Fälle.

2. Ruhr: Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal.

3. Diphtherie: Möglicheit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser.

Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose durch den beamteten Arzt.

4. Scharlach: Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser.

5. Genickstarre: Anzeigepflicht für verdächtige Fälle. Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal.

6. Wochenbettfieber: Anzeigepflicht für Verdachtsfälle. Aufhebung der Bestimmung, daß der Haushaltungsvorstand den Zutritt des beamteten Arztes inhibieren kann.

7. Granulose: Zwangsweise Behandlung in einem Krankenhause, wenn nach dem Gutachten des beamteten Arztes eine solche notwendig ist.

8. Tuberkulose. Anzeigepflicht für offene Lungen- und Kehlkopf-Tuberkulose, sowie bei Wohnungswechsel Tuberkulöser Laufende Desinfektion und Desinfektion bei Wohnungswechsel.

9. Die jetzt in den einzelnen Bundesstaaten vorgesehenen gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben sich nicht als ausreichend erwiesen."

Vorsitzender: M. H.! Ich eröffne die Diskussion. Da vorhin der Herr Vorredner auf mich Bezug genommen hat, erlaube ich mir, gleich selbst das Wort zu nehmen:

Herr Kollege Krause bezweifelt, ob, wie ich dies in meiner „Aerztlichen Rechts- und Gesetzeskunde" angenommen habe, beim Wechsel des Wohnorts seitens einer Person, z. B. eines Dienstmädchens, die an einer übertragbaren Krankheit wie Typhus leidet, eine zuvorige Erlaubnis der Polizei nötig sei. M. E. hat diese gesetzlich nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, einen solchen Wohnungswechsel zu verhindern oder nur mit ihrer Genehmigung zu gestatten, soweit es sich nicht um die Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus handelt, denn sie hat die Absonderung der Kranken anzuordnen und über deren Durchführung zu wachen; diese Absonderung wird aber durchbrochen, wenn jemand seinen Wohnort wechselt. Deshalb darf ein solcher Wohnungswechsel nur in Ausnahmefällen und mit Erlaubnis der Polizei stattfinden, die dann die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmaßnahmen anzuordnen hat; in Preußen und in den meisten Bundesstaaten liegen die Verhältnisse in dieser Hinsicht übrigens insofern günstiger, als die Landesseuchengesetze im Gegensatz zum Reichsgesetze eine Anzeige beim Wechsel des Aufenthaltsortes vorschreiben.

Außerdem möchte ich zu dem Vortrag des Herrn Kollegen Krause gleich noch einen Punkt kurz berühren, in dem er sich geirrt hat, nämlich in

bezug auf das nach seiner Ansicht nicht zulässige Verbot des Milchverkaufs von einem verseuchten Gutsbezirk. Die im Seuchengesetz vorgesehenen Bestimmungen über Einfuhr und Durchfuhr gelten nur in bezug auf die Einschleppung vom Auslande; ein Verbot des Verkaufs und der Lieferung von Milch von einem Gute, wo Typhus, Scharlach oder Diphtherie oder eine andere Krankheit herrscht, fällt dagegen unter die gesetzmäßig zulässigen gewerbsmäßigen Beschränkungen und kann daher, wenn notwendig, von der Polizeibehörde erlassen werden. Gerade bei Typhus ist ein solches Verbot, sobald der Verdacht einer Verschleppung der Krankheit durch den Milchhandel vorliegt, unbedingt erforderlich; es bildet eine der wichtigsten Maßregeln, deren Gesetzmäßigkeit auch meines Wissens nach nie bezweifelt ist. Im übrigen kann ich im vollen Einverständnis mit Herrn Kollegen Krause nur betonen, daß die wichtigste Maßnahme der ganzen Bekämpfung ansteckender Krankheiten die rechtzeitige und wirksam durchgeführte Absonderung bildet, alle anderen Maßregeln treten ihr gegenüber in den Hintergrund. Ohne Absonderung der Kranken sind alle sonstigen Maßregeln ein Schlag ins Wasser; das können wir, m. H., gar nicht oft genug wiederholen. Zur Absonderung gehören aber weiterhin ausreichende und geeignete Absonderungsräume, damit die Kranken dahin übergeführt werden können. Mit Recht hat Herr Kollege Krause vorhin gesagt, daß die frühere Abneigung der Bevölkerung, sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen, wesentlich geringer geworden ist, weil die Einrichtungen der Krankenhäuser erheblich bessere geworden sind. Es fehlen aber noch genügend Absonderungsräume, und um die zu bekommen, müßte der Staat weit höhere Beträge zur Verfügung stellen, als dies bisher der Fall gewesen ist; denn man kann den kleinen und meist finanziell überlasteten Gemeinden nicht zumuten, daß sie die nötigen Räume für die Absonderung von ansteckenden Krankheiten herstellen. In Dänemark und Schweden werden die ansteckenden Kranken so schnell als möglich in ein Krankenhaus übergeführt; die Kosten trägt, soviel ich mich erinnere, zu $^2/_3$ der Staat. Die Folge davon ist, daß sich z. B. die Erkrankungen an Scharlach und Diphtherie in den letzten Jahren um 40 oder 50% vermindert haben, während bei uns von einer solchen Abnahme nichts zu merken ist. Wie wirksam die Maßregel einer streng durchgeführten Absonderung sein kann, habe ich in meiner amtlichen Tätigkeit oft genug erfahren; noch jüngst, als in einer Stadt mit annähernd 30000 Einwohnern die Diphtherie immer wieder neue Opfer forderte, wurde ihr völliges Erlöschen in wenigen Wochen erzielt, als es unter tatkräftiger Mitwirkung der ortsangesessenen Aerzte und durch Entgegenkommen der Kommunalverwaltung gelang, jeden Kranken auf Kosten der Stadt in den ausreichend vorhandenen Absonderungsräumen des Krankenhauses unterzubringen. Eine solche allgemeine Anordnung stößt auch bei den Aerzten auf keinen Widerstand, da ihnen, wenn sie die Unterbringung als notwendig vorschlagen, den Angehörigen gegenüber gleichsam der Rücken durch die Polizei gedeckt wird. Absonderung ist die Hauptsache, m. H.! Wenn von dem vielen Gelde, das für die Desinfektion ausgegeben wird, ein nicht zu kleiner Teil zur Durchführung der Absonderung ausgegeben würde, würden wir bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten m. E. schon viel weiter sein. (Lebhaftes Bravo!)

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Telke,** Reg.- u. Med.-Rat in Breslau: M. H.! Zu der von dem Herrn Referenten berührten Frage der bakteriologischen Untersuchungen im Ermittelungsverfahren möchte ich einige eigene Erfahrungen mitteilen. Bei uns in Preußen sind die Medizinal-Untersuchungsämter und Untersuchungsstellen von vornherein angewiesen, die bakt. Untersuchungen unentgeltlich im sogenannten Ermittelungsverfahren auszuführen, in dem Verfahren, an dem der Kreisarzt insofern beteiligt ist, als auf seine Veranlassung oder auch nur mit seiner Zustimmung von dem prakt. Arzte das Untersuchungsmaterial eingesandt wird. Wir sind in unserem Untersuchungsamte über diese Beschränkung gelegentlich hinausgegangen; bei Typhusepidemien haben wir auch die sogenannten Kontrolluntersuchungen, die den Ortspolizeibehörden bezw. den Gemeinden zur Last fallen, unentgeltlich ausgeführt; wir sind aber in einem Sonderfalle von dem Herrn Minister rektifiziert worden. Die Untersuchungen im Ermittelungsverfahren beziehen sich auf die rein bakt. Untersuchung einerseits, und zwar von Blut und Abgängen, und

dann selbstverständlich auf Brunnenuntersuchungen insoweit, als es sich um solche behufs Feststellung der Ursache einer übertragbaren Krankheit handelt. Wir sind im gegebenen Falle bei den Wasseruntersuchungen auch darüber hinausgegangen, und zwar bei armen Gemeinden, die eine Wasserleitung anlegen wollten, und bei denen wir den Untergrund mit Rücksicht auf das Grundwasser prüfen ließen; wir haben aber auch in diesem Falle die Anweisung erhalten, derartige Untersuchungen nicht unentgeltlich ausführen zu lassen, da sie nicht zum Ermittelungsverfahren aus Anlaß einer übertragbaren Krankheit gehören. Nun sollte weiterhin für die Gemeinden eine Erleichterung eintreten. Der Herr Minister hat nämlich bestimmt, daß die Gemeinden auch in dem weiteren Verfahren, dem sogenannten Kontrollverfahren, von den Kosten dadurch entlastet werden können, daß die Kreise diese Kosten gegen ein Pauschale zu übernehmen sich bereit erklären. Das Pauschale betrug ursprünglich nur 2 M. auf 1000 Seelen, und ist dann sehr bald von dem Herrn Minister auf 6 Mark erhöht worden. War es schon anfangs sehr schwierig, durch Verhandlungen die Kreise für ersteren Betrag zu gewinnen, so war es nachher noch viel schlimmer, die 6 Mark von ihnen zu erlangen. Uns ist es in unserem Bezirk glücklicherweise gelungen, daß sich 25 Kreise zur Zahlung eines Pauschale bereit erklärt haben, aber im benachbarten Regierungsbezirk Liegnitz, der auch unserem Medizinaluntersuchungsamt angeschlossen ist, haben es von 23 Kreisen nur 12 getan. Was ergibt sich nun aus der ganzen Sache? Die Gemeinden in nicht pauschalierten Kreisen sind verpflichtet, nicht nur im einzelnen Falle, sondern auch bei Ausbruch ansteckender Krankheiten die Kosten zu bezahlen; wie hoch sich aber diese Kosten im gegebenen Falle belaufen können, dafür will ich Ihnen einen Beweis geben: Wir hatten vor 4 Jahren eine Typhusepidemie in Altwasser, einem Industrieort mit ganz armer Bevölkerung. Der Typhus verbreitete sich außerordentlich schnell im Anschluß an eine infizierte Wasserleitung; innerhalb zwei Monaten erkrankten über 700 Personen. Zunächst haben wir natürlich selbst die Kontrolluntersuchungen im weitesten Umfange unentgeltlich vorgenommen; wir hatten aber nur eine kleine Untersuchungsstelle mit einem einzigen Bakteriologen, so daß wir bald gezwungen waren, die Einrichtung eines kleinen bakt. Laboratoriums in der benachbarten Stadt Waldenburg zu beantragen. Merkwürdigerweise hat der Staat alle diese Kosten getragen, die die Unterhaltung dieses kleinen Laboratoriums in Waldenburg mit sich brachte; die anderen Kontrolluntersuchungen aber, die wir zur Hälfte noch in unserem Untersuchungsamt ausführten, sollten von der Gemeinde bezahlt werden; diese Kosten betrugen hier aber zunächst über 5000 Mark. Unglücklicherweise bestanden damals mit dem Kreise Waldenburg noch Verhandlungen wegen des Pauschales. Der Kreis hatte früher die 2 Mark sehr gern bezahlt, aber als er — es ist einer unserer größeren Kreise mit beinahe 160000 Einwohnern — den erhöhten Betrag von 6 Mark zahlen sollte, weigerte er sich. Das Unglück brachte es mit sich, daß die arme Gemeinde einen großen Teil des Betrages, soweit der Kreis nicht dafür eintrat, entrichten mußte, weil andernfalls der Betrag event. zwangsweise in den Etat der Gemeinde hätte eingestellt werden müssen.

Weiterhin bedeutet aber auch die Einrichtung der Pauschalierung der Untersuchungskosten eine nicht gerechte Belastung der Kreise. Wir haben Kreise mit dünner landwirtschaftlicher Bevölkerung, wo jahrein jahraus kein einziger Fall einer ansteckenden Krankheit vorkommt, der eine bakt. Untersuchung notwendig macht. Bei der Frage der erhöhten Beiträge von 6 Mark haben einzelne Kreise genaue Ermittelungen angestellt, daß auf manche Kreise innerhalb 5 Jahre auch noch nicht ein Betrag von 50 Mark gekommen ist, während sie jetzt bei 6 Mark auf 1000 Seelen so und so viel mal mehr zu bezahlen haben. Anderseits gibt es wieder industrielle Kreise, wie Waldenburg, Reichenbach, wo ununterbrochen Infektionskrankheiten herrschen; diese Kreise kommen dann verhältnismäßig gut weg, wie dies in dem Falle von Altwasser geschehen wäre, wenn Pauschalierung vereinbart gewesen wäre, oder in Langenbielau, einem industriellen Orte von 20000 Einwohnern, wo seit Jahren der Typhus nicht zu beseitigen war, und wo jetzt glücklicherweise eine Typhusstation eingerichtet worden ist. Also, m. H., zweckmäßig ist auch diese Einrichtung nicht, und mit Recht haben sich manche Kreisverwaltungen darüber beschwert.

Ein dritter Punkt betrifft das sogen. Ermittelungsverfahren mit Rücksicht auf ansteckende Krankheiten, die an und für sich nicht oder nur in beschränktem Umfange anzeigepflichtig sind; damit komme ich zunächst auf die Tuberkulose. Alle Tuberkuloseuntersuchungen des durch die Aerzte eingesandten Materials sind nicht unentgeltlich, da hier kein Ermittelungsverfahren im Sinne des Seuchengesetzes vorliegt. Nehmen wir ferner Syphilis an, wo ein Ermittelungsverfahren nur in denjenigen Fällen in Frage kommen würde, bei denen es sich um Personen handelt, die der Unzucht obliegen. Da kommen nun arme Leute, Arbeiter, die syphilitisch infiziert sind, zum Arzte; dieser schickt das Material ein und wird für die Untersuchungsgebühren in Anspruch genommen. Früher haben wir für solche Untersuchungen 20 Mark verlangt, jetzt nur noch 6 Mark; aber immerhin, der arme Mann kann die 6 Mark nicht bezahlen, der Arzt weigert sich auch, wird aber belangt und schließlich gerichtlich verfolgt. Was ist die Folge? Die Aerzte schicken nie wieder Untersuchungsmaterial ein! Es kommen noch andere Fälle vor auch bei denjenigen Krankheiten, die anzeigepflichtig sind, aber nicht im Verdachtsfalle. Was ich sage, ist begründet durch Beobachtungen, die wir tagtäglich machen. Wir haben eine große Anzahl von Untersuchungen, durchschnittlich 3—4000 im Jahre, und es kommt nicht zu selten vor, daß der praktische Arzt, z. B. bei Typhusverdacht, Untersuchungsmaterial entsendet, bevor er sich mit dem Kreisarzt in Verbindung setzt; er möchte gern darüber klar werden, ehe er meldet, und er ist gewissenhaft genug, das Untersuchungsmaterial einzusenden. Er möchte nicht blos auf das Geradewohl den Fall als Typhusverdacht dem Kreisarzt anzeigen; er hat es auch nicht einmal nötig, die Anzeige zu machen. Wir sind nun genötigt, in jedem dieser Fälle zu fragen: Ist die Einsendung des Materials auch mit Genehmigung und im Einvernehmen mit dem Kreisarzt erfolgt, ist es im kreisärztlichen Ermittelungsverfahren beansprucht worden? Kennt der Kreisarzt den betreffenden Fall nicht, so ist die Folge die, daß dem praktischen Arzte die Kostenrechnung präsentiert wird. Nun macht sich aber ein Widerspruch in den ersten ministeriellen Erlassen geltend: Als damals nämlich die Frage der Pauschalierung berührt wurde, da hieß es in einem Erlaß: Die Gemeinden haben ja noch viele andere Aufgaben auf hygienischem Gebiete, deren Ausführung ihnen durch ein von den Kreisen zu zahlendes Pauschale erleichtert würde. Nun zu diesen Aufgaben, die hiernach unentgeltlich zu leisten wären, zu diesen hygienischen Aufgaben gehören wahrlich auch die Wasseruntersuchungen. Wie nötig haben sie die Gemeinden, um z. B. eine Wasserleitung anzulegen! Es gehören hierher auch die Wasseruntersuchungen, die nach der Verordnung betreffend die Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Schulen bekanntlich von Zeit zu Zeit gemacht werden sollen. Auch diese Wasseruntersuchungen für Schulen dürfen wir nicht unentgeltlich vornehmen; denn es handelt sich ja um keine Untersuchung im Ermittelungsverfahren. Sie sehen, m. H., die Situation ist hier wirklich eine bedenkliche! Wie andere Untersuchungsämter da vorgehen, und wie weit sie unentgeltlich die Untersuchungen vornehmen, das will ich dahingestellt sein lassen, wir hier können es nicht. In unserem Untersuchungsamt, an das 46 Kreise angeschlossen sind, dürfen wir nicht, nachdem wir mehrfach rektifiziert worden sind, anders vorgehen, als es jetzt grundsätzlich geschieht. Das ist m. E. aber nicht der richtige Weg; denn das ergibt für die Bekämpfung der Seuchen außerordentliche Schwierigkeiten und eine ungerechte Verteilung der Lasten auf Kreise und Gemeinden, die sich nicht rechtfertigen läßt in einem Falle, wo das öffentliche Interesse berührt wird. Ich meine daher, es sei absolut notwendig, daß die bakteriologischen Untersuchungsämter hinsichtlich ihres gesamten Betriebes und ihrer Erhaltung vom Staate übernommen werden bezw. daß die Kosten für Untersuchungen in allen Fällen nur der Staat trägt; das ist absolut notwendig, nur so können wir über die erwähnten Schwierigkeiten hinwegkommen. (Lebhaftes Bravo!)

Vorsitzender: M. H.! Ich möchte hierzu nur kurz bemerken, daß es mir scheint, als ob die Frage der Kosten für die im Medizinaluntersuchungsamte vorgenommenen Untersuchungen in Schlesien anders geregelt ist, als bei uns in Westfalen. Die Kreise in meinem Regierungsbezirke haben sich erst dann zur Zahlung des üblichen Pauschale bereit erklärt, nachdem ihnen versichert war,

daß von dem Untersuchungsamte alle Untersuchungen unentgeltlich ausgeführt würden, bei denen das Material von praktischen Aerzten eingeschickt wird, vorausgesetzt, daß es sich um anzeigepflichtige Krankheiten handelt. Ebenso werden vom Untersuchungsamte alle Untersuchungen, die von Tuberkulose-Fürsorgeanstalten veranlaßt werden, unentgeltlich ausgeführt.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Engelbrecht**-Braunschweig. M. H.! Ich möchte nur bitten, mir ein paar kurze Bemerkungen zu gestatten über die Seuchenschutzgesetzgebung im Herzogtum Braunschweig. Wir haben uns in gleicher Weise wie die meisten anderen Bundesstaaten das preußische Gesetz zum Vorbilde genommen; wir haben aber das Glück gehabt, nicht das fertige preußische Gesetz, sondern den ersten Entwurf zu benutzen. So kam es, daß unser Gesetz für die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten schon im Jahre 1904 in Kraft trat, während das preußische erst 1905 verabschiedet wurde. Wir haben aus diesem Entwurf ziemlich wortgetreu die Anzeigepflicht für jeden Todesfall und jede Krankheit der übertragbaren Krankheiten übernommen, haben auch die Anzeigepflicht bei Verdacht der Krankheiten, selbstverständlich bei Milzbrand, aber auch bei Typhus, Rückfallfieber, Rotz, Kindbettfieber und Genickstarre. Der zur Anzeige Verpflichtete, also zunächst der behandelnde Arzt, erstattet die Anzeige mittelst portopfl. Kartenbriefes an die Polizeibehörde bezw. auf dem Lande an den Gemeindevorsteher. Dieser gibt die Anzeige sofort weiter sowohl an den beamteten Arzt, als auch in einem zweiten Meldeexemplar an die Landespolizeibehörde, die Kreisdirektion. Die Kreisdirektion stellt alle Wochen die betreffenden Anzeigen zusammen und übermittelt die Zusammenstellung an das Landesmedizinalkollegium und an das Ministerium. Alljährlich erfolgt eine Gesamtzusammenstellung. Wir haben nun, was besonders wichtig ist, auch die Anzeigepflicht für Lungentuberkulose, natürlich nur für die offene, sowie bei Wohnungswechsel und bei Todesfall. Das ist eine Bestimmung, die erst langsam sich eingebürgert hat. Es sind die Meldungen bei Wohnungswechsel zuerst sehr schlecht eingegangen, bei Todesfällen eher; allmählich hat aber besonders die Tätigkeit der Fürsorgeschwestern dazu beigetragen, daß auch im ersteren Falle die Anzeige pünktlicher erfolgt. Die Fürsorgeschwester macht nämlich die Tuberkulosemeldungen teils selbst, teils veranlaßt sie die Familien, in denen sie Fälle von Tuberkulose in Pflege oder Fürsorge hatte, diese zu melden. Ganz besonders ist dies in der Stadt Braunschweig der Fall, wo jetzt die Meldungen auch bei Wohnungswechsel und bei der Aufnahme ins Krankenhaus zufriedenstellend eingehen.

Was die Wohnungsdesinfektion anlangt, so haben wir keine sogen. frei praktizierenden Desinfektoren, sondern nur staatliche. Ueber das ganze Land sind Desinfektionszentralen eingerichtet, die mit 1 oder 2, in größeren Städten mit einer größeren Anzahl Desinfektoren besetzt sind, die in besonderen Kursen ausgebildet werden. Sie stehen unter der Landespolizeibehörde und werden technisch beaufsichtigt durch die beamteten Aerzte. Leider werden auch bei uns die Kosten für die Desinfektion von den Betreffenden eingezogen, soweit sie zahlungsfähig sind; es sind jedoch manche Erleichterungen eingetreten. Es ist z. B. gesetzlich festgelegt, daß die Reisekosten der Desinfektoren der Staat übernimmt. Außerdem haben die Städte, namentlich Braunschweig, eine sehr milde Handhabung bei Einziehung der Kosten auf dem Verwaltungswege. In der Stadt Braunschweig erfolgt die Heranziehung zu den Kosten erst bei Einkommen von mehr als 1500 M.; außerdem werden Familien, die viele Kinder haben oder die durch erlittene Krankheiten so wie so finanziell geschädigt sind, überhaupt freigelassen, auch bei höherem Einkommen. Es ist manches Gute dadurch bewirkt worden; das erstrebenswerte Ziel bleibt aber, daß überhaupt die Wohnungsdesinfektion kostenlos erfolgt, und das ist bei uns noch nicht erreicht. Ich möchte nur noch das eine bemerken, daß die Desinfektion am Krankenbett, die meiner Meinung nach entschieden einen viel höheren Wert hat, als die am Schluß vorgenommene Wohnungsdesinfektion jetzt durch die Tätigkeit der Gemeinde- oder Fürsorgeschwestern wesentlich besser beobachtet und besorgt wird als früher. Es werden zwar bei jedem Krankenfalle gedruckte Verhaltungsvorschriften verteilt, aber die lesen die Leute einfach nicht. Jetzt kommt jedoch die Schwester und zeigt ihnen einfach und bescheiden, wie sie sich zu verhalten haben, wie am

Krankenbett desinfiziert werden soll, wie sich die Angehörigen und Pfleger zu schützen haben usw. Man sieht daraus, daß die Gemeindeschwester ein außerordentlich dankenswertes Feld ihrer Tätigkeit hat und vor allem auch viel Nutzen schaffen kann; man sollte deshalb in allen Fällen, wo es möglich ist, die Einführung einer Fürsorge- oder Gemeindeschwester im Interesse der Bekämpfung der Seuchen und der Durchführung der Desinfektionsmaßnahmen fördern.

Was die Bazillenträger anlangt, so haben sich die Gemeinden zum Teil selbst dagegen geschützt, um durch das Fortbestehen der Bazillen beim Kranken, wenn die klinische Genesung eingetreten ist, nicht immer wieder neue Erkrankungsfälle zu haben. Weiterhin hat die Schulaufsichtsbehörde für die Volksschulen bestimmt, daß ein Kind nur dann wieder zur Schule kommen darf, wenn der bakt. Nachweis geliefert ist, daß keine Bazillen mehr vorhanden sind. Das ist mit stillschweigender Billigung des Ministeriums erfolgt; soweit mir bekannt, haben wir auch bei uns in Braunschweig damit recht gute Erfolge erzielt.

Zum Schluß wll ich noch erwähnen, daß die Kosten für die bakteriologische Feststellung der Erkrankung bei uns leider auch an die Untersuchungsstelle bezahlt werden müssen; der beamtete Arzt hat jedoch die Befugnis, in jedem einzelnen Falle zu bescheinigen, daß diese Untersuchungen im öffentlichen Interesse geschehen, dann erfolgen sie kostenlos. Von dieser Befugnis wird bei uns in großem Umfange Gebrauch gemacht. So hat z. B. der Stadtphysikus in Braunschweig an sämtliche praktizierenden Herren Aerzte ein Rundschreiben versandt, worin er sagt, daß er in jedem einzelnen Falle von Diphtherie das öffentliche Interesse bescheinigen werde. Auf diese Weise sind wenigstens bei Diphtherie-Erkrankungen die immerhin nicht unerheblichen Kosten, die durch die bakteriologische Untersuchung entstehen, für den Betroffenen und namentlich für den Arzt nicht fühlbar geworden.

H. Kreisarzt Dr. **von Gizycki**-Brieg. M. H.! Ich habe nur wenige Worte zu bemerken bezüglich des Ermittlungsverfahrens und seiner von Herrn Med.-Rat Krause erwähnten Mängel. Alle Jahre bekommen wir den Ministerialerlaß, der uns auf die Differenz zwischen polizeilichen und standesamtlichen Meldungen der Sterbefälle an übertragbaren Krankheiten hinweist. Eine solche Differenz haben wir im Stadtkreise Brieg nicht, dagegen ist sie im Landkreise sehr groß. Das liegt daran, daß im Stadtkreise eine ärztliche Leichenschau durch Polizeiverordnung eingeführt ist und ich jeden Leichenschauschein zur Einsicht zugeschickt bekomme. Ich bin daher in der Lage, eine vollständige Statistik über alle Todesursachen, die ärztlich festgestellt werden, zu führen. Namentlich werden die Tuberkulosetodesfälle herausgesucht, wenn es der Arzt unterlassen hat, polizeiliche Anzeige zu erstatten. Es ist eine ganze Reihe von Fällen, in denen ich Aerzte veranlaßt habe, noch hinterher die unterbliebene polizeiliche Anzeige nachzuholen. Das wirkt auch für die Folge. Im Landkreise haben wir die allgemeine Leichenschau nicht. Die Standesämter stellen nur Zählkarten der Sterbefälle mit Angabe der Todesursache für das statistische Landesamt auf; einen Teil dieser Zählkarten bekommen wir auch und zwar bei Selbstmordfällen in Abschrift. Ich glaube nun, es wäre ein sehr einfaches Verfahren, wenn die Standesbeamten sämtliche Zählkarten über Sterbefälle, die für das statistische Landesamt bestimmt sind, durch unsere Hände gehen ließen. Wir könnten uns dann in wenigen Minuten diejenigen Fälle heraussuchen, die wir im sanitätspolizeilichen, statistischen oder sonstigen Interesse brauchen, ehe wir die Karten dann weitersenden. Das wäre eine kleine Arbeit, die kein Geld kostet. Ich habe die Statistik durchgeführt für den Stadtkreis, in besonderer Liste auch für die Säuglingssterblichkeit; sie ist für Berichtszwecke außerordentlich wertvoll und man gewinnt sehr leicht ein gutes statistisches Material. Würden wir von den Standesämtern die Zählkarten bekommen, so suchten wir uns z. B. auch die Todesfälle an Infektionskrankheiten heraus und veranlaßten erforderlichenfalls nachträglich Anzeige, Desinfektion usw. Bei Tuberkulose erfährt der behandelnde Arzt oft nichts vom Todesfalle; daß aber Haushaltungsvorstände der Polizeibehörde gegenüber die Anzeigepflicht erfüllen, habe ich bisher nicht beobachtet. Wenn wir nun vom Standesamte die Zählkarten bekommen, dann können wir immer noch Veranlassung nehmen,

sanitätspolizeiliche Maßnahmen einzuleiten. Es ließen sich auch etwaige in den Anzeigen vorhandene Irrtümer über die Todesursache beseitigen, so daß wir eine möglichst zuverlässige Gesamtstatistik gewinnen würden; jene Differenz bezüglich der standesamtlichen und polizeilichen Meldungen, die uns jetzt alljährlich vor Augen tritt, würde aber fast ganz aufhören. Ich glaube, es dürfte keine großen Schwierigkeiten bereiten, eine Bestimmung herbeizuführen, daß die Standesämter lediglich postalisch anders verfahren und die Karten durch unsere Hände gehen lassen. Das würde für uns nur eine geringe Mehrarbeit geben; denn wenn die Statistik an der Hand von geeigneten Listen geführt wird, so ist sie ein einfaches Verfahren.

Dann möchte ich noch auf ein anderes Moment hinweisen. Hinsichtlich der Anzeigepflicht habe ich eine Erfahrung gemacht, die vielleicht de lege ferenda von Bedeutung sein könnte. Ein Arzt meldet einen Scharlachfall; ich veranlasse beim Amtsvorsteher die Absonderung und Desinfektion. Nach 8 Tagen kommt ein zweiter roter Zettel von demselben Arzte: „Ich ziehe meine Diagnose zurück, es handelt sich um vierte Krankheit.“ Nun, über die Berechtigung von einer vierten Krankheit zu sprechen, darauf will ich nicht eingehen; ich wollte nur der Vollständigkeit halber diesen Punkt erwähnen, weil er vielleicht später bei der Gesetzgebung zu berücksichtigen wäre.

Vorsitzender: Ich will bloß bemerken, daß der Vorschlag, den der Herr Vorredner soeben gemacht hat, im Regierungsbezirk Minden schon seit längerer Zeit und ohne Schwierigkeiten durchgeführt ist. Durch Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten sind die Standesämter einfach angewiesen, bei jedem Todesfalle infolge einer übertragbaren Krankheit, einschließlich Tuberkulose, dem Kreisarzt sofort die betreffende Meldekarte vorzulegen. Dieser kann somit kontrollieren, ob in dem betreffenden Falle auch die Erkrankung angezeigt war, und falls dies nicht geschehen war, nachträglich die erforderlichen Ermittelungen anstellen und auch erforderlichenfalls die Bestrafung wegen unterlassener Anzeige veranlassen. Seitdem diese Anordnung getroffen ist, scheinen auch die Anzeigen pünktlicher als früher erstattet zu werden.

H. Bezirksarzt Dr. **Frickhinger-Augsburg**: Meine sehr geehrten Herren: Der Herr Vorsitzende hat mich gebeten, ganz kurz zu referieren über die Erfahrungen, die bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Bayern gemacht worden sind. Ich komme diesem Ersuchen gern nach.

Auch in Bayern ist, wie Sie von dem Herrn Korreferenten schon gehört haben, die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten durch die Ausbildung des Desinfektionswesens, durch Errichtung von bakteriologischen Untersuchungsanstalten und schließlich durch die Ministerialbekanntmachung vom 9. Mai 1911 den modernen Anschauungen über das Wesen der übertragbaren Krankheiten angepaßt worden. Ebenso hat der Herr Korreferent auf einzelne Verschiedenheiten unserer bayerischen Bestimmungen gegenüber denen anderer Bundesstaaten aufmerksam gemacht; ich kann mich deswegen — schon mit Rücksicht auf die vorgerückte Zeit — kurz fassen und möchte nur einige Punkte herausnehmen und in erster Linie darüber sprechen, wie wir es mit den Bazillenträgern in Bayern halten.

Unsere Ministerialbekanntmachung erwähnt die Bazillenträger an zwei Stellen: Sie stellt sich in der Behandlung der Bazillenträger in Internaten, Pensionaten und ähnlichen Anstalten auf den modernen bakteriologischen Standpunkt und verlangt, daß Zöglinge, die an Diphtherie oder Typhus erkrankt waren, solange in den Anstalten abgesondert oder von den Anstalten fern gehalten werden müssen, bis durch bakteriologische Untersuchung festgestellt ist, daß sie frei von Krankheitserregern sind. Im übrigen nimmt die bayerische Verordnung gegenüber dem Dauerausscheiden bei Typhus den gleichen Standpunkt ein, wie in Preußen und anderen Bundesstaaten: Solange die Erkrankten bei Typhus wie auch bei übertragbarer Ruhr in den ersten 10 Wochen nach Beginn der Erkrankung Bazillen ausscheiden, müssen sie abgesondert werden; diese Absonderung ist aber aufzuheben, wenn Typhusbazillen nach dieser Zeit noch ausgeschieden werden. Die betreffende Person ist dann lediglich auf die Gefahr aufmerksam zu machen, die sie für ihre Umgebung bildet, und zur Befolgung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln anzuhalten. Es ist einleuchtend, daß der Erfolg dieser Belehrung je nach der Intelligenz und dem guten Willen des Dauerausscheiders ein sehr verschiedener sein wird.

Da sich nach unseren jetzigen Kenntnissen die Ausscheidungen von Bazillen über Jahre hinziehen können, werden wir den Dauerausscheider nur allzuleicht aus dem Auge verlieren.

Ueber unsere Erfahrungen bei Diphtherie möchte ich Ihnen kurz folgendes mitteilen: Wir müssen in Bayern die Kinder von der Schule solange fern halten, bis nach einer Bescheinigung des behandelnden Arztes oder in Ermangelung eines solchen nach dem Gutachten des Bezirksarztes eine Uebertragung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Es kommt nun sehr häufig vor, daß auf eine Anzeige bei Diphtherie schon nach 8 bis 10 Tagen ohne vorherige bakteriologische Untersuchung die Anzeige von dem behandelnden Arzt hereinkommt, daß das betreffende Kind genesen ist. Wir haben uns deshalb in Augsburg mit dem Schularzte dahin geeinigt, daß wir uns in solchen Fällen, in denen die Mitteilung über die Genesung so rasch und ohne bakteriologische Untersuchung erfolgt, nicht mit dem Zeugnis des behandelnden Arztes begnügen. Wir lassen das Kind erst dann wieder zur Schule, wenn durch zweimalige bakteriologische Untersuchung des Rachenschleimhautsekretes festgestellt ist, daß keine Bazillen mehr vorhanden sind. Es hat uns keine Schwierigkeit gemacht, dies durchzuführen. Die Abstriche werden vom städtischen Schularzte, der im Hauptamt angestellt ist, entnommen und an die bakteriologische Untersuchungsanstalt eingeschickt. Es ist dem Schularzte bis jetzt immer noch durch Belehrung des Publikums auch in Fällen längerer Dauer von Bazillenausscheidungen gelungen, derartige Dauerausscheider solange vom Unterricht zurückzustellen, als eben Bazillen ausgeschieden wurden.

Im Schuljahr 1912—14 wurden von 301 Kindern 645 Abstriche entnommen. Darunter befanden sich 73 Diphtherie-Rekonvaleszenten, die dem Schularzte gewöhnlich 2—3 Wochen nach Beginn der Erkrankung vorgestellt wurden. Unter den 73 Rekonvaleszenten zeigten 15 positive Bazillenbefunde. Von diesen brauchten bis zur Entkeimung (vom Beginn der Erkrankung ab gerechnet)

je 1 Fall: 12 Tage,	je 5 Fälle: 31—40 Tage,
„ 1 Fall: 18 „	„ 1 Fall: 44 Tage.
„ 7 Fälle: 21—30 Tage,	

Von 94 Kindern, die eine „Halsentzündung" durchgemacht hatten, zeigten zur Zeit der Vorstellung bei dem Schularzte 10 den Löfflerschen Diphtheriebacillus. Die Entkeimung dieser Bazillenausscheider beanspruchte

in 1 Fall: 10 Tage,	in 1 Fall: 44 Tage,
„ 6 Fällen: 11—20 Tage,	„ 1 Fall: 68 „
„ 1 Fall: 32 Tage,	

Infolge gehäufteren Auftretens von Diphtherie wurden in 4 Klassen sogenannte Reihenuntersuchungen durch den Schularzt vorgenommen, d. h. es wurden vom Lehrer und sämtlichen Kindern Rachenabstriche entnommen und an die bakteriologische Untersuchungsanstalt nach München eingeschickt. Hierbei wurden 14 Bazillenträger entdeckt, bei denen das Ueberstehen einer Halserkrankung sich nicht nachweisen ließ. Von diesen waren — gerechnet von der erstmaligen Untersuchung ab — entkeimt:

2 Fälle nach 12 Tagen,	3 Fälle nach 25 Tagen,
je 1 Fall „ 18 bezw. 19 Tagen,	1 Fall „ 33 „
2 Fälle „ 20 Tagen,	1 Fall „ 83 „
1 Fall „ 23 „	

2 Fälle entzogen sich infolge des Beginns der Ferien weiterer Beobachtung. Nach Ausschaltung dieser Bazillenträger kamen in den betr. Klassen nunmehr 2 Fälle von Diphtherie vor; die beiden Erkrankten verkehrten nachweisbar in ihrer schulfreien Zeit mit 2 Bazillenträgern.

Ich bin weit entfernt, auf Grund dieses geringen Beweismaterials weitgehende Schlüsse zu ziehen, aber immerhin ermutigen unsere Erfahrungen zu weiteren Versuchen, wie sie ja auch schon in anderen Städten angestellt worden sind.

Da nach unseren Beobachtungen der Bazillenbefund in der Mehrzahl der Fälle sich nicht allzuweit in die Rekonvaleszenz hinein erstreckt, hatten wir, wie schon erwähnt, keine Schwierigkeiten, die Kinder bis zur Keimfreiheit von der Schule fern zu halten. In vereinzelten Fällen können allerdings — das ist nicht zu leugnen — durch die langandauernde Absonderung empfindliche Nach-

teile sowohl für die Kinder, wie für deren Eltern eintreten. Ein solcher Fall betrifft den einen Bazillenträger, dessen Entkeimung erst nach 83 Tagen eintrat. Es handelte sich hier um eine im Erwerbsleben stehende Frau, die sich der Belehrung zugänglich erwies und nahezu 3 Monate lang ihrem Kinde zu lieb von der Arbeit weg blieb.

Es wird bei länger dauernder Bazillenausscheidung aber doch nötig sein, in besonders gelagerten Fällen sowohl den wirtschaftlichen Verhältnissen der Eltern Rechnung zu tragen, wie auch Rücksicht auf das Schulkind selbst zu nehmen. Es wird in manchen Fällen möglich sein, durch Belehrung, durch Anhalten zur nötigen Reinlichkeit, durch Getrenntsitzenlassen in der Schule usw. die Infektionsgefahr auf ein Minimum zu beschränken, so daß wir m. E. in solchen Fällen wohl berechtigt sind, den betreffenden Dauerausscheider unter gewissen Kautelen zur Schule zuzulassen. Die Hauptsache ist, daß wir die große Masse der Diphtherierekonvaleszenten erst nach der Entkeimung wieder zur Schule lassen; gegenüber vereinzelten Bazillenträgern, die wir kennen, lassen sich Schutzmaßregeln dann wohl in genügend wirksamer Weise durchführen.

Diesen Standpunkt werden wir aus praktischen Gründen solange einnehmen müssen, als wir kein wirksames Mittel besitzen, die Entkeimung zu beschleunigen. Es wird Sie interessieren, daß unser Schularzt Dr. Bachauer im Verein mit meinem Hilfsarzt Dr. Schuster in einigen Fällen durch Pinselungen mit Jodtinktur eine rasche Entkeimung erzielt hat. Ob diese Beobachtung eine zufällige ist, werden weitere Untersuchungen zeigen müssen.

Gestatten Sie mir nun noch einige wenige Worte zu der Frage, wer die Stuhlproben bei Typhus und Ruhrverdacht (Umgebungsuntersuchungen) entnehmen soll? M. E. kann dies, soweit sich die betreffenden Patienten nicht zur Beobachtung in einem Krankenhaus befinden, ganz zweckmäßig durch geschulte Desinfektoren geschehen, die zu dem Zweck vom Amtsarzt noch eigens instruiert werden. Es werden sich so ohne besondere Kosten die nötigen Untersuchungen durchführen lassen. Wir in Augsburg haben amtliche Desinfektoren im Hauptamt, dadurch stehen dem Amtsarzt jederzeit genügend geschulte Hilfskräfte zur Verfügung. Aber auch in Landbezirken, in denen die Desinfektoren für ihre Einzelleistung bezahlt werden, dürften den Gemeinden durch die Inanspruchnahme der Desinfektoren bei der Entnahme der Stuhlproben nur geringe Gebühren erwachsen.

Um die bakteriologischen Untersuchungen einzubürgern, müßten sie, worauf heute schon wiederholt hingewiesen wurde, auf Kosten des Staates ausgeführt werden. Zurzeit sind in Bayern nur jene bakteriologischen Untersuchungen kostenlos, die gemäß der M. B. vom 9. Mai 1911 auf Veranlassung des Bezirksarztes vorgenommen werden. Die sterilisierten Versandgefäße stehen den praktischen Aerzten in den Apotheken unentgeltlich zur Verfügung; es genügt dann der Vermerk in dem Antragsformular „auf Veranlassung des k. Bezirksarztes“, um eine kostenlose Untersuchung zu bewirken. Außerdem haben viele Städte, wie auch zahlreiche Distriktsgemeinden mit den zuständigen Untersuchungsanstalten Verträge abgeschlossen und durch Bezahlung eines entsprechenden Pauschales (2 Mark für jedes angefangene tausend Bewohner) sich eine ganz wesentliche Ermäßigung der Untersuchungsgebühren gesichert. Zurzeit geht in Bayern das Streben dahin, daß diese Verträge von den einzelnen Regierungsbezirken für sämtliche Gemeinden des Regierungsbezirkes abgeschlossen werden und daß dann die in der Bekämpfung der übertragbaren Krankeiten nicht zu entbehrenden bakteriologischen Untersuchungen völlig kostenlos von den Untersuchungsanstalten übernommen werden.

H. Med.-Rat Dr. **Forstreuter,** Kreisarzt in Königsberg i. Pr.: M. H.! Ich habe nur zu bemerken, daß eine Uebereinstimmung der Angaben von den Standesämtern und den offiziellen Angaben der Amtsärzte nur stattfinden kann, wenn wir eine allgemeine Leichenschau haben. Das, was der Herr Kollege v. Gyzicki verlangt hat, haben wir in Königsberg schon lange, und trotzdem stimmt's nicht. Trotzdem ich zehnmal feststelle: „es ist kein Scharlach, es ist kein Typhus“, kommt die Meldung mit dieser Todesursache vom Standesbeamten beim statistischen Amte an, und dieses berechnet die Erkrankungsfälle nach den Meldungen der Standesämter, während die nachträglichen Feststellungen des Kreisarztes nicht berücksichtigt werden.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. **Hecker**-Straßburg i. Els: M. H.! Ich möchte hier nur kurz auf die Bestimmungen, die wir im Reichslande haben, und auf einige damit gemachte Beobachtungen hinweisen.

Bei uns hat jeder Arzt Fälle von anzeigepflichtigen Krankheiten mittels Kartenbriefes dem Kreisarzt umgehend zu melden; die mit Freivermerk versehenen Kartenbriefe werden von diesem an sämtliche Aerzte verteilt. Bis zum 3. jeden Monats hat der Kreisarzt — durch Vermittelung des Kreisdirektors — an den Bezirkspräsidenten eine Liste einzureichen, auf der die bis dahin eingelaufenen Meldungen anzeigepflichtiger Krankheiten aufgeführt sind. Bis zum 10. des Monats hat dann der Bezirkspräsident diese Liste an das Ministerium weiter zu geben.

Bei Kindbettfieber oder dem Verdachte dieser Krankheit hat auch die Hebamme dem Kreisarzte Anzeige zu erstatten.

Ganz besondere Vorschriften bestehen bei Typhus. Das Reichsland gehört bekanntlich zum größten Teil zu dem sog. „Typhusbekämpfungsgebiete.“ Um in denjenigen Gegenden, die bei einem etwaigen Kriege gegen einen westlichen Feind als „Aufmarschgebiet“ anzusehen sind, den Typhus nach Möglichkeit auszurotten, sind nun nach Kochs Verschriften besondere Bestimmungen erlassen worden: Zunächst wird jeder Typhusfall genau so wie jeder andere Fall einer anzeigepflichtigen Krankheit behandelt Der Kreisarzt hat aber außerdem über jeden zu seiner Kenntnis kommenden Typhusfall sofort je eine Meldekarte an den „Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches in Saarbrücken“ sowie an die zuständige „bakteriologische Station“ zu senden. Auf dieser Meldekarte macht er zugleich einen Vermerk über die Zeit der in jedem Falle vorzunehmenden Ortsbesichtigung, die im Behinderungsfalle des Kreisarztes auch von einem Mitgliede der bakteriologischen Station ausgeführt werden kann, das dem Medizinalreferenten jede geplante Ortsbesichtigung sofort telephonisch mitzuteilen hat, damit er sich an ihr beteiligen kann. Auch der Reichskommissar nimmt sehr oft selbst daran teil.

Bei diesen Ortsbesichtigungen kommt es vor allem darauf an, die Quelle der Infektion sowie deren vorhandene hygienische Mißstände aufzudecken. Ganz besondere Wichtigkeit kommt hierbei auch den sogenannten „Umgebungsuntersuchungen“ zu. In allen geeignet erscheinenden Fällen wird auch von der Umgebung des Erkrankten Untersuchungsmaterial eingefordert; hierbei sind nicht selten Bazillenträger entdeckt worden, über die genaue Listen geführt werden und die auch dauernd im Auge behalten werden.

Ueber jeden einzelnen Typhusfall hat der die örtlichen Untersuchungen vornehmende Arzt — Kreisarzt oder Mitglied der bakteriologischen Station — einen sehr ausführlich gehaltenen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird zunächst dem Kreisdirektor eingereicht, der schon nach Möglichkeit Anordnungen trifft, um etwa bemerkte hygienische Mißstände abzustellen. Der Kreisdirektor gibt den Fragebogen weiter an die bakteriologische Station; diese macht darauf einen Vermerk über das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung sowie darüber, ob die weitere Einsendung von Untersuchungsmaterial sichergestellt ist. Von da geht der Fragebogen an den Reichskommissar, der die ihm etwa notwendig erscheinenden Bemerkungen macht, und zuletzt an den Medizinal-Referenten am Bezirkspräsidium. Auf dessen Anregung trifft dann der Bezirkspräsident etwa nötige Anordnungen. Von hier aus geht der Fragebogen an den Kreisarzt zurück. Sobald der Kranke genesen oder gestorben ist, macht der Fragebogen denselben Umlauf zum zweiten Male, bis er wieder zum Kreisarzte zurückgelangt, der ihn dann aufbewahrt.

Neuerdings ist auch die Ruhr in diese Art der Bekämpfung miteinbegriffen; infolgedessen wird über jeden Ruhrfall ein solcher Fragebogen zweimal in Umlauf gesetzt.

Als wichtigste Bekämpfungsmaßregel hat sich nach den ganz allgemein gemachten Beobachtungen die sofortige Absonderung des Ersterkrankten erwiesen, die aber meist nur in einem Krankenhause sachgemäß durchführbar ist. Wenn nun auch die Abneigung gegen die Ueberführung der Kranken in ein Spital im allgemeinen im Abnehmen begriffen ist, kommt es doch vor, daß der Ueberführung in der unverständigsten Weise widerstrebt wird. In solchen Fällen ist allerdings die Möglichkeit gegeben, daß durch eine von dem

Bürgermeister zu erlassende Einzelverfügung, „arrêté individuel“, die Ueberführung erzwungen werden kann. Da wir aber Wahlbürgermeister haben, sind diese zum Erlasse solcher Verfügungen meist nicht leicht zu bewegen.

Zu bemerken ist noch, daß alle Fälle anzeigepflichtiger Erkrankungen auch den Militärbehörden mitgeteilt werden.

Ich hätte noch über eine ganze Reihe der bisher besprochenen Punkte Bemerkungen zu machen, verzichte aber darauf wegen der vorgerückten Zeit.

H. Ob.-Med.-Rat Dr. **Köstlin**-Stuttgart: M. H.! In Württemberg ist die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten durch eine Ministerial-Verordnung vom 2. Februar 1910 geregelt. Diese Verordnung schließt sich im wesentlichen an das Reichsseuchengesetz an; bei der vorgerückten Zeit möchte ich aus ihr nur einige Bestimmungen hervorheben, die mir besonders bemerkenswert erscheinen. In den Listen der übertragbaren Krankheiten, die die einzelnen Bundesstaaten bis jetzt aufgestellt haben, ist eine Krankheit nicht aufgeführt, die wir in unserer Verordnung haben, das Frieselfieber; es handelt sich dabei nicht etwa um die Röteln der Kinder, sondern es ist dies eine wohl charakterisierte, schwere Infektionskrankheit, die bei uns schon einige ausgedehnte Epidemien hervorgerufen hat. Erst vor einigen Jahren ist eine ganze Ortschaft von einer solchen Epidemie befallen worden und zwar so schwer, daß die staatliche Fürsorge einsetzen mußte. Die Krankheit scheint im allgemeinen selten aufzutreten und ist dies wohl auch der Grund, warum wir allein in unserer Verordnung diese Bestimmung über das Frieselfieber haben. Ich möchte nun keineswegs beantragen, daß man, wenn es zu einer reichsgesetzlichen Regelung der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten kommen sollte, was von dem Herrn Referenten ja beantragt ist, solch seltene Krankheiten auch in die Liste dieser Verordnung aufnehmen solle; dagegen möchte ich wünschen, daß es dann den einzelnen Bundesstaaten wenigstens überlassen bleiben möge, noch die eine oder andere Krankheit, die gerade für sie besonders von Wichtigkeit ist, ihrer Liste beizufügen, wie dies in Württemberg mit dem Frieselfieber der Fall sein würde.

Was die Anzeige von Verdachtsfällen betrifft, so haben wir in Württemberg die Anzeigepflicht wegen Verdachtsfall nur für einzelne übertragbare Krankheiten, für Typhus, Kindbettfieber, Rotz, Rückfallfieber und Tollwut. Dagegen besteht eine Anzeigepflicht für Scharlach- und Diptherieverdacht nicht; ich halte dies auch für zweckmäßig, denn es ist gerade bei diesen Krankheiten die Diagnose in der ersten Zeit oft sehr schwierig und z. B. bei Diphtherie ohne bakteriologischen Befund ganz unmöglich; wenn aber ein solcher einmal vorliegt, dann ist es kein Verdachtsfall mehr, sondern schon eine ausgesprochene Krankheit. Ich glaube daher, daß es gut ist, wenn die Anzeigepflicht für Verdachtsfälle auf solche Krankheiten beschränkt wird, bei denen die anzeigepflichtigen Aerzte in keine allzugroßen Schwierigkeiten geraten.

Noch einige Worte über die Tuberkulose-Anzeige, die bei uns bei jedem Wohnungswechsel einer an offener schwerer Lungen- oder Kehlkopftuberkulose erkrankten Person und bei jedem Todesfall an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose vorgeschrieben ist. Dabei ist noch angeordnet, daß die Anzeige, die an die Polizeibehörde zu erstatten ist, von dieser auch der Tuberkulose-Fürsorgestelle mitgeteilt werden soll. Da solche Tuberkulose-Fürsorgestellen jetzt überall eingerichtet werden, würde ich es für sehr zweckmäßig halten, auch diese Bestimmung in ein etwaiges Reichsgesetz aufzunehmen; damit wird jedenfalls erreicht, daß auf die Anzeige hin auch tatsächlich etwas geschieht, denn mit der Registrierung des Falles allein ist noch nichts getan.

Bezüglich der Bazillenträger beschränkt sich unsere Verordnung auf einzelne Krankheiten, wie Diphtherie und Genickstarre; sie enthält sich aber besonderer Vorschriften, wie die Bazillenträger behandelt werden sollen, sie sagt vielmehr nur, daß die Bazillenträger wie Erkrankte angesehen werden sollen. Ich glaube auch, daß es nicht zweckmäßig sein würde, wenn wir uns in dieser außerordentlich schwierigen Frage jetzt schon durch bestimmte Verordnungen festlegen würden, die sich dann in der Praxis doch nicht durchführen lassen, oder mit denen wir wenigstens bei den Verwaltungsbehörden auf allzugroße Schwierigkeiten stoßen würden. So bedauerlich es ist, daß wir in dieser Sache vorerst nichts weiter tun können, so müssen wir uns doch

damit zunächst abfinden und es dem betreffenden beamteten Arzte überlassen, von Fall zu Fall zu tun, was er für zweckmäßig oder notwendig hält.

Bezüglich der Kosten der Ermittlung der Krankheit und der Anordnung und Ueberwachung der Schutzmaßregeln ist es bei uns, wie es in den meisten anderen Bundestaaten zu sein scheint; sie werden getragen vom Staat, soweit sie durch die Tätigkeit des beamteten Arztes veranlaßt sind; dabei können aber solchen Gemeinden, die nicht oder nur schwer in der Lage sind, diese Kosten zu tragen, besondere Beihilfen aus Staatsmitteln gewährt werden. Was die Kosten bezüglich der Anzeigepflicht betrifft, so hat der zweite Herr Referent ja schon erwähnt, daß bei uns zwar nicht die Anzeigen der behandelnden Aerzte besonders honoriert werden, wohl aber deren Mitbeteiligung bei dem Ermittlungsverfahren, wenn der beamtete Arzt sich eine solche erbittet; ich glaube, daß mit dieser Bestimmung auch manche Schwierigkeiten, die von dem Herrn Referenten bezüglich der Mitwirkung der praktischen Aerzte hervorgehoben worden sind, in Wegfall kommen. Wenn die praktischen Aerzte bei der Ermittlung zugezogen und hierfür noch besonders bezahlt werden, so werden sie dem beamteten Arzte weniger Schwierigkeiten machen, als wenn einfach über sie hinweggegangen wird; es handelt sich dann um eine Art von Konsilium zwischen dem beamteten Arzt und dem praktischen Arzt, und es werden solche Differenzen, von denen wir vorhin gehört haben, auf diese Weise wohl am besten vermieden werden.

H. Med.-Rat Dr. **Becker,** Bezirksarzt in Freiburg i. B. M. H.! Ich möchte nur noch eine Bemerkung anfügen. Ich habe gefunden, daß die Vorschriften, die bis jetzt bei uns in Baden und wohl auch in verschiedenen anderen Bundesstaaten gelten, um eine Gruppe von übertragaren Krankheiten herumgegangen sind, wie die Katze um den heißen Brei, das sind die Geschlechtskrankheiten. Es ist mir z. B. in Baden nicht möglich, bei einem Zuhälter oder Chauffeur, der eine ausgesprochene Gonorrhoe oder Syphilis hat, eine zwangsweise Behandlung zu veranlassen oder ihn ins Krankenhaus einzuweisen; ich muß ihn laufen lassen und mit der Möglichkeit rechnen, daß er eine ganze Reihe von Personen ansteckt. Nur eine Puella kann ich zur zwangsweisen Behandlung bringen oder ins Krankenhaus einweisen lassen. Das ist eine große Lücke in unserer Verordnung; es wird sich deshalb wohl empfehlen, bei einer Neuregelung für das Reich gerade dieser Seite der übertragbaren Krankheiten besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Vorsitzender: Wünscht noch jemand hierzu das Wort? Es ist nicht der Fall. Dann würden wir uns jetzt über die Leitsätze, die von Herrn Reg.- u. Med.-Rat Dr. Krause aufgestellt worden sind, und mit denen sich der andere Herr Referent einverstanden erklärt hat, schlüssig machen müssen. Der Vorstand hat diese Leitsätze gestern beraten und ihrem Inhalt zugestimmt; aus dem Ergebnis der Diskussion glaube ich annehmen zu dürfen, daß auch Sie im großen und ganzen mit den Leitsätzen einverstanden sind. Der Vorstand hält jedoch ein paar kleine Abänderungen wünschenswert und zwar unter B spezielle Maßnahmen in Ziff. 1: hinter „Typhus" den Zusatz „Paratyphus", und in Ziff. 3 und 5: hinter „Diphtherie und Genickstarre" den Zusatz: Möglichkeit der „Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser", ebenso wie bei Scharlach (Ziff. 4). Es sind dies zwei ergänzende Bestimmungen, die bereits in einer Anzahl von Bundesstaaten gesetzliche Geltung haben. Was speziell die Kennzeichnung der Wohnung bei Scharlach und Genickstarre betrifft, so braucht diese selbstverständlich nicht in jedem Falle zu erfolgen, sondern die Polizeibehörde soll nur das Recht zu ihrer Anordnung haben. Diese Bestimmung erleichtert außerdem die Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus; denn die Kennzeichnung der Wohnung ist für

die Familienvorstände, namentlich wenn es sich um Gewerbetreibende handelt, so unangenehm, daß sie ihre Kranken lieber in ein Krankenhaus bringen. Die Maßregel bildet somit für den Kreisarzt und die Polizeibehörde ein außerordentlich wichtiges Mittel, um eine wirksame Absonderung der Kranken durchzuführen. Betreffs des Leitsatzes 6 zu A (Allgemeine Maßnahmen) möchte ich übrigens erwähnen, daß unter „weitergehende Unterstützung der Gemeinden bei Bekämpfung der Seuchen aus Staatsmitteln als bisher“, namentlich auch die unentgeltliche Vornahme der bakteriologischen Untersuchungen zu verstehen ist, die sowohl gestern in der Vorstandssitzung, als bei der heutigen Beratung mehrfach als dringend erwünscht bezeichnet ist.

Wenn Sie damit einverstanden sind, dann werde ich die Leitsätze in dieser nur gering abgeänderten Form zur Abstimmung bringen.

Zuruf aus der Versammlung: Es dürfte doch erwünscht sein, über die einzelnen Leitsätze getrennt abzustimmen, um die Möglichkeit zu haben, kleine Abänderungen vorzuschlagen.

Gegen diesen Vorschlag habe ich nichts einzuwenden und lasse nunmehr zunächst über den ersten allgemeinen Leitsatz abstimmen. Diejenigen Herren, die dafür sind, bitte ich, sitzen zu bleiben.

(Es erhebt sich niemand.)

Der Leitsatz ist einstimmig genehmigt.

Nun kommen wir zu A.: Allgemeine Maßnahmen. Da hierzu auch vom Vorstande keine Abänderungsvorschläge gemacht sind, können wir wohl gleich über alle hier aufgeführten Vorschläge (Ziffer 1—6) abstimmen. Es erhebt sich gegen den Vorschlag kein Widerspruch; ich bitte also diejenigen Herren, die mit den Leitsätzen A 1—6 einverstanden sind, sich von ihren Sitzen zu erheben.

Sämtliche Anwesende erheben sich.

Die Leitsätze sind einstimmig angenommen.

Zu B.: Spezielle Maßnahmen wird also bei Ziffer 1 gewünscht, daß hinter „Typhus“ die Worte „und Paratyphus“ hinzugefügt werden. Erhebt sich dagegen Widerspruch? — Es ist nicht der Fall; der Leitsatz ist also mit der vorgeschlagenen Aenderung angenommen.

Zu B Ziffer 2: Ruhr — liegt ein Abänderungsvorschlag nicht vor. Da kein Widerspruch erfolgt, nehme ich an, daß der Leitsatz einstimmig angenommen ist.

Zu B Ziffer 3: Diphtherie beantragt der Vorstand, an erster Stelle noch die Worte „Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser“ einzufügen. Ich bemerke noch, daß gegen die hier gestellte Forderung der Ausschließung der diphtheriekranken Kinder vom Schulunterricht bis zum Nachweis ihrer Bakterienfreiheit in der gestrigen Vorstandssitzung mehrfache Bedenken erhoben sind, weil diese Frage, trotzdem

man vielerorts gute Erfahrungen mit dieser Vorschrift gemacht habe, noch nicht ganz spruchreif sei. Vielleicht äußern Sie sich auch zu diesem Punkte.

Herr Med.-Rat Dr. **Becker,** Bezirksarzt in Freiburg i. B.: M. H.! Ich halte die Durchführung der in B Ziffer 3 gestellten Forderung betreffs Ausschließung der Schulkinder für außerordentlich schwierig. Nehmen wir z. B. die Häufung so leicht verlaufender Diphtheriefälle an, daß die Kinder nach 3 Tagen wieder wohl sind. Man hat den Arzt entlassen; er hat das Kind seitdem nicht mehr gesehen und soll nun nach 14 Tagen ein Zeugnis ausstellen, ohne daß ihm das Kind wieder vorgestellt wird, denn die Eltern werden ihn deshalb nicht wieder holen. Er bescheinigt dann vielleicht trotzdem, daß das Kind nicht mehr ansteckungsfähig sei; damit ist aber der Sache nicht gedient. Nehmen wir aber weiter an, der Arzt untersucht vorher erst das Kind und findet Bazillen; er untersucht es dann nach 8 Tagen wieder und findet wieder Bazillen u. s. f.; einer der Herren Kollegen hat gesagt, daß bis zu 83 Tagen Bazillen gefunden worden sind! Wer bezahlt die Kosten in solchen Fällen? Solange nicht gesetzlich festgelegt ist, daß eine bestimmte Person, und zwar auf öffentliche Kosten, die Abstriche bei den Kindern entnimmt, halte ich die Durchführung der Ziffer 3 in der vorliegenden Form praktisch für sehr schwer durchführbar, wenn ich auch der Ansicht bin, daß diese wünschenswert ist. Jedenfalls müßten, wenn die Sache durchgeführt werden soll, vorher Mittel und Wege gefunden werden, um die praktischen Schwierigkeiten, die sich ihr zur Zeit noch entgegenstellen, zu überwinden.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Wolffberg,** Bezirksarzt in Breslau. M. H.! Ich möchte mich diesen Bedenken vollständig anschließen. Ich glaube, man könnte auch ruhig in B Ziffer 3 diese zuvorige Untersuchung der Schulkinder als spezielle Maßnahme fallen lassen, weil bereits unter A Ziffer 1 genügend darauf hingewiesen ist, daß gegen Bazillenträger in Zukunft schärfere Maßnahmen zu treffen sind.

Vorsitzender: M. H.! Ich muß offen gestehen, daß ich es auch zweckmäßiger finde, wenn die Forderung betreffs der Schulkinder in B Ziffer 3 fortfällt; soviel ich weiß, sind auch die beiden Herren Referenten damit einverstanden. Es genügt m. E., wenn im Leitsatz A Ziffer 1 gefordert wird, gegen die Bazillenträger schärfer einzuschreiten, soweit es nach den weiteren wissenschaftlichen Forschungen nötig und möglich ist. Es würden somit an Stelle des ersten Satzes die Worte „Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser" zu setzen sein.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Bayer**-Sondershausen: M. H.! Ich glaube, auch gegen den 2. Satz in B Ziffer 3, der die „Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose" durch den beamteten Arzt fordert, bestehen Bedenken. Für Diphtherie und Scharlach scheint eine solche Feststellung der ersten Fälle deshalb nicht möglich, weil in den Großstädten Diphtherie und Scharlach überhaupt nicht aussterben. Es könnte sich also hier nur darum handeln, wenn ein ganzes Stadtviertel frei geworden ist und dann wieder ein einzelner Fall auftritt. Im allgemeinen kann aber in einer Großstadt von einer Untersuchung und Feststellung der „ersten Fälle" nicht die Rede und es deshalb sehr schwierig sein, die hier gestellte Forderung durchzuführen; ich gebe jedoch zu, daß dies für Landgemeinden und kleinere Städte möglich und zweckmäßig ist.

Vorsitzender: M. H.! Ich möchte dringend bitten, sich für die in B Ziffer 3 geforderte Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose durch den beamteten Arzt auszusprechen; es ist dies eine Forderung, die sowohl in Preußen, als in anderen Bundesstaaten als unbedingt notwendig anerkannt ist. Die Feststellung übertragbarer Krankheiten ist unbedingt eine der wichtigsten Obliegenheiten der beamteten Aerzte, bei der sie wohl durch die praktischen Aerzte unterstützt, aber nicht ersetzt werden können. An diesem Grundsatz müssen wir meiner Meinung nach festhalten, ebenso wie an der Notwendigkeit seiner einheitlichen Durchführbarkeit bei allen übertragbaren

Krankheiten, die in Preußen betrefis der Diphtherie, des Scharlachs und der Granulose an dem Widerspruch des Landtages leider gescheitert ist, weil sie angeblich undurchführbar sei. Das ist aber durchaus irrig, wie sich z. B. in meinem Regierungsbezirk (Minden) gezeigt hat, wo die Polizeibehörden auf Anweisung des Regierungspräsidenten stets den Kreisarzt zur Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose zuzuziehen. Auch in den größeren Städten und Großstädten sind häufig derartige erste Fälle festzustellen; denn daß bestimmte Stadtteile, wenn man deren Grenzen nicht zu eng zieht, von einzelnen Krankheiten wochenlang ganz frei und die dann auftretenden Fälle wieder als erste zu behandeln sind, gehört keineswegs zu den Seltenheiten. Ich würde es deshalb sehr bedauern, wenn der zweite Satz in B Ziffer 3 fortfallen sollte.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Bayer**-Sondershausen: M. H.! Ich wollte mir noch eine praktisch wichtige Frage erlauben: Wann soll die Schlußdesinfektion bei Diphtherie und Scharlach gemacht werden? Diese Frage haben wir beinahe jeden Tag zu beantworten. Soll die Schlußdesinfektion gemacht werden nach Ablauf der klinischen Krankheit oder nach Aufhören der Infektionsgefahr, also bis nachgewiesen ist, daß der betreffende Kranke nicht mehr Bazillenträger ist? Bei Diphtheriebazillen ist z. B. das Kind meist nach 8—10 Tagen gesund; soll dann desinfiziert werden, obwohl man zugeben muß, daß das Kind als Bazillenträger immer weiter die Wohnung von neuem durchseuchen kann oder soll sie erst nach 6 Wochen oder nach 83 Tagen gemacht werden, wenn nachgewiesen ist, daß das Kind nicht mehr Bazillenträger ist?

Vorsitzender: Entschuldigen Sie, Herr Kollege, wenn ich Sie unterbreche; Ihre Ausführungen gehören aber streng genommen nicht mehr zur Erörterung über die einzelnen Leitsätze, sondern hätten bei der allgemeinen Diskussion vorgebracht werden müssen, oder wollen Sie jetzt einen besonderen Antrag zu B Ziffer 3 stellen und begründen.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Bayer**-Sondershausen: Ich will keinen Antrag stellen, sondern nur eine Frage stellen, wie die Schlußdesinfektion im allgemeinen gehandhabt werden soll, und welcher Zeitpunkt hierfür der geeignetste ist?

Vorsitzender: M. H.! Herr Geheimrat Dr. Bayer möchte also noch gern eine Erörterung über die Festsetzung des Zeitpunktes, wann bei Diphtherie, Scharlach usw. Schlußdesinfektion folgen soll. Ich stelle eine Aussprache darüber anheim. Wünscht jemand das Wort dazu oder zu B Ziffer 3 überhaupt zu nehmen?

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Wolffberg**, Kreisarzt in Breslau: Ich möchte bitten, die These in diesem Punkte unverändert zu lassen. Wenn ich an die Entstehung der Bestimmung, wonach auch die praktischen Aerzte die ersten Fälle festzustellen berechtigt sind, erinnern darf, so wissen wir ja, daß lediglich pekuniäre Erwägungen maßgebend gewesen sind, aber nicht sanitäre. Vom sanitären Standpunkte aus und mit Rücksicht auf die Stellung der beamteten Aerzte müssen wir verlangen, daß auch die ersten Fälle bei Scharlach, Diphtherie und Granulose durch den beamteten Arzt festgestellt werden.

Vorsitzender: Es hat sich niemand mehr zum Wort gemeldet; wir schreiten nunmehr zur Abstimmung über Leitsatz B Ziff. 3, der nach der vorschlagenen Abänderung folgenden Wortlaut hat: „Diphtherie: Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser, Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose durch den beamteten Arzt.“

Diejenigen Herren, die mit dieser Fassung einverstanden sind, bitte ich, sitzen zu bleiben.

(Es erhebt sich niemand.)

Leitsatz B Ziffer 3 ist in der vorgeschlagenen Fassung einstimmig angenommen.

Zu den Leitsätzen B 4—8 liegt nur der schon erwähnte Abänderungsvorschlag vor, in Leitsatz 5: Genickstarre auch hinzuzufügen „Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser“. Wünscht jemand zu diesen Leitsätzen das Wort zu nehmen? — Es ist nicht der Fall. Ich bringe sie mit dem Abänderungsvorschlag zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die dagegen sind, sich zu erheben. — Es erhebt sich niemand, damit sind auch diese Leitsätze einstimmig angenommen.

Will sonst noch jemand zur Sache das Wort nehmen?

H. Geh. Med.-Rat Dr. Wolffberg, Kreisarzt in Breslau: M. H.! Ich komme zurück auf das, was ich vorhin andeutete; ich würde bitten, noch eine These hinzuzufügen, wenn es redaktionell möglich ist, und zwar mit Rücksicht auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ich kann nur Herrn Medizinalrat Dr. Becker zustimmen, daß wir über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten heute doch zu wenig gehört haben. Ich hätte auch erwartet, da hier neue schärfere Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuchen besprochen worden sind, daß auch ein Wort über vermehrte Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geäußert worden wäre. Wir sind in dieser Bekämpfung, namentlich in Preußen, heut übler daran als früher, wo man nach dem Regulativ vom August 1835 in der Lage war, gegen solche Geschlechtskranke, die nach dem Ermessen des Arztes oder des beamteten Arztes allgemein gefahrdrohend waren, vorzugehen. Das ist heute nicht mehr möglich, m. H.; denn man kann jetzt nur gegen solche Personen vorgehen, wenn sie gewerbsmäßig Unzucht treiben. Ich meine deshalb, wir würden vielleicht gut tun, wenn wir noch einen Leitsatz unter B. Nr. 9 hinzufügen, dahingehend, daß verschärfte Maßnahmen auch gegen Geschlechtskranke nötig sind, z. B. das Verbot der Ausübung gewisser Gewerbe, sagen wir des Friseurgewerbes, oder die Beschäftigung mit dem Vertrieb von Nahrungsmitteln oder das Verbot für solche Personen, sich als Dienstmädchen zu vermieten und dergleichen mehr.

H. Reg.- und Med.-Rat Dr. Krause-Oppeln: M. H.! Ich habe in meinem schriftlichen Referat, das Ihnen später gedruckt vorgelegt werden wird, die Geschlechtskrankheiten berücksichtigt; mündlich bin ich mit Absicht nicht auf sie eingegangen, weil ich nur etwas bringen wollte, von dem ich mir sagen konnte, das hat nicht bloß einen Schatten von Möglichkeit durchgeführt zu werden, sondern wirklich Aussicht darauf. Die Geschlechtskrankheiten habe ich weggelassen, weil m. E. das ganz aussichtslos ist, was Herr Geheimrat Dr. Wolffberg anregt. Es wäre ja prachtvoll und jedem Mediziner aus der Seele gesprochen, wenn Aussicht vorhanden wäre, in dieser Beziehung etwas zu erreichen; aber bei der heutigen Lage ist dies völlig ausgeschlossen, da die höheren Instanzen und die Parlamente darauf hinwirken, möglichst wenig bei den Geschlechtskrankheiten zu reglementieren und möglichst wenig einzugreifen. Deswegen bin ich nach dieser Richtung zurückhaltend gewesen und werde auch gegen den Wolffbergschen Vorschlag stimmen, den ich vor der Hand für einen Schlag ins Wasser halte.

Vorsitzender: Ich glaube doch, daß wir dem vom Herrn Kollegen Dr. Wolffberg gestellten Antrage stattgeben können. Auch ich stimme mit ihm darin überein, daß die jetzigen Maßregeln gegen die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht ausreichend sind, und daß es wünschenswert ist, wenn wir dies hier zum Ausdruck bringen. Ich schlage deshalb vor, daß wir einen neuen Leitsatz als Ziffer 9 unter B hinzufügen mit folgendem Wortlaut:

„Die jetzt in den einzelnen Bundesstaaten vorgesehenen gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben sich nicht als ausreichend erwiesen.“

Sind Sie mit diesem Vorschlag einverstanden? Ich bitte Ihr Einverständnis durch Sitzenbleiben zu bestätigen. — Es erhebt sich niemand, der vorgeschlagene Leitsatz ist einstimmig angenommen. Die Leitsätze haben somit folgenden Wortlaut:

„Es empfiehlt sich, die ganze Seuchenbekämpfung einheitlich für das Deutsche Reich durch ein Reichsseuchengesetz zu regeln, das sämtliche ansteckenden oder übertragbaren Krankheiten, soweit ihre Bekämpfung nötig erscheint, umfaßt. Bei der Einführung eines solchen Gesetzes ist eine Berücksichtigung der nachstehend aufgezählten Maßnahmen dringend zu fordern:

A. Allgemeine Maßnahmen.

1. Gesetzliche Möglichkeit, die Bazillenträger einer Beobachtung, Untersuchung, Absonderung und — nach dem Ermessen des beamteten Arztes — vorübergehenden Krankenhaus-Aufnahme zu unterwerfen, sowie sie, unter Strafandrohung, zur Befolgung der Desinfektionsmaßregeln an ihrem Körper anzuhalten.

2. Wegfall der Beschränkungen des beamteten Arztes in den einzelnen Maßnahmen zur Ermittelung und Bekämpfung der Seuchen.

3. Wegfall des Vetorechts der Eltern und des behandelnden Arztes gegen Krankenhaus-Aufnahme.

4. Gesetzliche Möglichkeit, die Befugnisse des § 15 Absatz 1—3 des jetzigen Reichsgesetzes (Beschränkungen des Gewerbebetriebes) uneingeschränkt auf Genickstarre, Diphtherie, Scharlach, Milzbrand, Ruhr, Typhus (Paratyphus) anzuwenden.

5. Verpflichtung zur Auskunfterteilung, gemäß § 7 Abs. 3 des jetzigen Reichsgesetzes, auch bei Scharlach, Diphtherie, Granulose und Tuberkulose.

6. Erstattung der Kosten für Desinfektionen aus öffentlichen Mitteln. Weitergehende Unterstützung der Gemeinden bei der Bekämpfung der Seuchen aus Staatsmitteln als bisher.

B. Spezielle Maßnahmen.

1. Typhus und Paratyphus: Anzeigepflicht für verdächtige Fälle.

2. Ruhr: Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal.

3. Diphtherie: Möglicheit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser.

Feststellung der ersten Fälle von Diphtherie, Scharlach und Granulose durch den beamteten Arzt.

4. Scharlach: Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser.

5. Genickstarre: Anzeigepflicht für verdächtige Fälle; Möglichkeit der Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser; Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal.

6. Wochenbettfieber: Anzeigepflicht für Verdachtsfälle. Aufhebung der Bestimmung, daß der Haushaltungsvorstand den Zutritt des beamteten Arztes inhibieren kann.

7. Granulose: Zwangsweise Behandlung in einem Krankenhause, wenn nach dem Gutachten des beamteten Arztes eine solche notwendig ist.

8. Tuberkulose. Anzeigepflicht für offene Lungen- und Kehlkopf-Tuberkulose, sowie bei Wohnungswechsel Tuberkulöser. Laufende Desinfektion und Desinfektion bei Wohnungswechsel.

9. Die jetzt in den einzelnen Bundesstaaten vorgesehenen gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben sich nicht als ausreichend erwiesen.“

M. H.! Wir sind nunmehr am Schlusse unserer Verhandlungen angelangt. Ich danke den Herren, daß sie solange ausgehalten haben, und danke vor allen Dingen den beiden Herren Referenten für ihre vorzüglichen Ausführungen.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Wolffberg,** Kreizarzt in Breslau: Wir dürfen, m. H., doch nicht auseinandergehen, ohne unserem hochverehrten, langjährigen und verdienstvollen Vorsitzenden, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, unseren lebhaftesten Dank auszusprechen für die so ausdauernde wie umsichtige und parteilose Führung der Geschäfte.

(Allseitiges Bravo!)

Vorsitzender Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Minden: Ich sage den Herren meinen verbindlichsten Dank.

Schluß der Sitzung: 2 Uhr nachmittags.

Nach Schluß der Sitzung fand ein **gemeinschaftliches zwangsloses Mittagessen** in Gesellschaft der Damen im Ratskeller statt; hierauf erfolgte nach photographischer Aufnahme der Teilnehmer vor dem Rathause eine **Besichtigung der Säuglingsfürsorgestelle, der Kinderkrippen und des Volksbades** unter sachkundiger Führung. Am Abend trafen sich die noch anwesenden Teilnehmer und ihre Damen auf der Terrasse des Hauptrestaurants der Jahrhundert-Ausstellung.



Mitglieder-Verzeichnis

des

Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.[1][2]

A. Königreich Preussen.

Provinz Ostpreussen.

1. Dr. Abramowski, Kreisarzt in Heinrichswalde (Ostpr.).
2. - Behrendt, Med.-Rat, Kreisarzt in Tilsit.
3. - Berneick, prakt. Arzt in Gilgenburg, staatsärztl. approb.
4. - Börschmann, Kreisarzt in Bartenstein (Ostpr.).
5. - Bremer, Kreisarzt in Angerburg.
6. - Czygan, Kreisarzt in Ragnit.
7. - Derbe, Kreisarzt in Allenstein.[3]
8. - Eberhardt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Königsberg (Pr.).
9. - Ehrhardt, leitender Arzt der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Carlshof, Post: Rastenburg (Ostpr.), staatsärztl. approb.
10. - Engel, Med.-Rat, Kreisarzt in Labiau.
11. - Fischer, Kreisarzt in Neidenburg.
*12. - Forstreuter, Med.-Rat, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Königsberg (Pr.).
13. - Franz, Kreisarzt in Lötzen.
14. - Gallien, Kreisarzt in Bischofsburg.
15. - Gessner, Med.-Rat, Kreisarzt in Memel.
*16. - Herrmann, komm. Reg.- u. Med.-Rat in Allenstein.
17. - Hilbert, San.-Rat u. Stadtarzt in Sensburg, staatsärztl. approb.
18. - Holthausen, Oberarzt der Provinzialanstalt für Schwachsinnige in Rastenburg (Ostpr.), staatsärztl. approb.
19. - Holz, Kreisarzt in Wehlau.
20. - Hoppe, Kreisarzt in Preuß.-Eylau.
21. - Hurwitz, prakt. Arzt in Memel, staatsärztl. approb.
22. - Israel, Med.-Rat, Kreisarzt in Fischhausen.
23. - Jankowski, Kreisarzt in Braunsberg.
24. - Janz, Kreisassistenzarzt in Willenberg (Ostpr.).
25. - Katluhn, Kreisarzt in Insterburg.

---

[1] Die Namen der Teilnehmer an der diesjährigen Hauptversammlung sind mit einem * versehen.

[2] Das Mitglieder-Verzeichnis entspricht dem jetzigen Stande (20. Januar 1914); die Zahl der Mitglieder stimmt daher nicht mehr genau mit derjenigen zur Zeit der Hauptversammlung überein.

[3] Inzwischen verstorben.

26. Dr. Kauffmann, prakt. Arzt in Willenberg, staatsärztl. approb.
27. - Kiesow, Kreisassistenzarzt in Bialla (Ostpr.).
28. - Kirchbach, Kreisassistenzarzt in Kaukehmen.
29. - Klaholt, Kreisarzt in Darkehmen.
30. - Klare, Kreisarzt in Johannisburg (Ostpr.).
31. - Klix, Kreisarzt in Osterode (Ostpr.).
32. - Matthes, Reg.- und Med.-Rat in Gumbinnen.
33. - Mohr, Kreisassistenzarzt in Prostken (Ostpr.).
34. - v. Petrykowsky, Med.-Rat, Kreisarzt in Ortelsburg.
35. - Pulewka, Med.-Rat, Kreisarzt in Heilsberg.
36. - Puppe, a. o. Prof., Med.-Rat, Gerichtsarzt, Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums und Direktor des gerichtlich-medizinischen Instituts in Königsberg (Pr.).
37. - Puppel, Kreisassistenzarzt, Leiter der Untersuchungsanstalt für übertragbare Krankheiten am hygienischen Institut in Königsberg (Pr.).
38. - Rehberg, prakt. Arzt in Angerburg, staatsärztl. approb.
39. - Richter, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Pr.).
40. - Rimeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Mohrungen.
41. - Rühs, Kreisarzt in Goldap.
42. - Sährendt, Kreisarzt in Rastenburg (Ostpr.).
43. - Schablowski, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamts in Gumbinnen.
44. - Schäfer, Med.-Rat, Kreisarzt in Gumbinnen.
45. - Schawaller, Med.-Rat, Kreisarzt in Pillkallen.
46. - Schubert, prakt. Arzt in Lichtenfeld, staatsärztl. approb.
47. - Schulz, Fritz, Kreisassistenzarzt u. Assistent beim Medizinaluntersuchungsamt in Gumbinnen.
48. - Schultz, Med.-Rat, Kreisarzt in Stallupönen.
49. - Schrammen, Kreisassistenzarzt und Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Königsberg (Pr.).
50. - Schürmann, Kreisarzt in Gerdauen.
51. - Solbrig, Reg.- u. Med.-Rat in Königsberg (Pr.).
52. - Speckmann, Kreisarzt in Sensburg.
53. - Stoll, Kreisarzt in Heydekrug.
54. - Vossius, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Marggrabowa.
55. - Winter, Prof., Geh. Med.-Rat u. Direktor der Univ.-Frauenklinik in Königsberg (Pr.), Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
56. - Wollermann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Heiligenbeil.
57. - Wollermann, Kreisarzt in Lyck.

Provinz Westpreussen.

58. Dr. Birnbacher, Med.-Rat, Kreisarzt in Danzig.
59. - Bormann, Stabs- und Bataillonsarzt in Marienwerder, staatsärztlich approb.
*60. - Bräuer, Kreisarzt in Deutsch-Krone.
61. - Brinn, Med.-Rat, Kreisarzt in Preuß. Stargard.
62. - Brinkmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Culm.
63. - Feige, Med.-Rat, Kreisarzt in Marienburg (Westpr.).

64. Dr. Gäthgens, Kreisarzt des Kreises Loebau, in Neumark (Westpr.).
65. - Göhlmann, Kreisarzt in Strasburg (Westpr.).
66. - Hahn, Kreisarzt in Stuhm (Westpr.).
67. - Hasse, Med.-Rat, Kreisarzt in Flatow (Westpr.).
68. - Heynacher, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Graudenz.
69. - Hochmann, prakt. Arzt in Marienburg (Westpr.), staatsärztl. appr.
70. - Hopmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Briesen (Westpr.).
71. - van Huellen, Spezialarzt f. Chirurgie in Thorn, staatsärztl. approb.
72. - Kaempfe, Med.-Rat, Kreisarzt in Karthaus (Westpr.).
73. - König, Kreisarzt in Konitz.
74. - Köstlin, Direktor der Prov.-Hebammen-Lehranstalt in Danzig.
75. - Krüger, Kreisarzt in Putzig.
76. - Kschischo, Kreisassistenzarzt in Danzig-Langfuhr.
77. - Maillefert, prakt. Arzt in Culm, staatsärztl. approb.
78. - Merrem, Oberstabs- und Regimentsarzt in Danzig-Langfuhr, staatsärztlich approb.
79. - Müller, Kreisarzt in Berent.
80. - Ocker, Kreisarzt in Tuchel.
81. - Pflanz, Kreisarzt in Danzig.
82. - Pusch, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamts in Danzig.
83. - Rathmann, Reg.- u. Med.-Rat in Marienwerder.
*84. - Sandhop, Med.-Rat, Kreisarzt in Marienwerder.
85. - Schlieben, Kreisarzt in Neustadt (Westpr.).
86. - Schröder, Emil, Kreisarzt in Rosenberg (Westpr.).
87. - Schwer, Kreisassistenzarzt in Danzig-Langfuhr.
88. - Seemann, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Danzig.
89. - Simon, San.-Rat, prakt. Arzt in Jastrow, staatsärztl. approb.
90. - Steger, Med.-Rat, Kreisarzt in Elbing.
91. - Wagner, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwetz (Weichsel).
92. - Wandel, Kreisarzt in Schlochau.
93. - Weise, Kreisarzt in Dirschau.
94. - Wengel, Kreisassistenzarzt in Sierakowitz (Kr. Karthaus, Westpr.).
95. - Witting, Med.-Rat, Kreisarzt in Thorn.
96. - Zinkeisen, prakt. Arzt in Czersk, staatsärztl. approb.

**Berlin mit den Stadtkreisen
Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf, Wilmersdorf und Lichtenberg.**

97. Dr. Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
98. - Arnheim, prakt. Arzt in Neukölln, staatsärztl. approb.
99. - Becker, Geh. Medizinalrat, Kreisarzt a. D.
100. - Behla, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat, Mitglied u. Leiter der Medizinalabteilung des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts, in Charlottenburg.
101. - Bürger, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.

102. Dr. Dietrich, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern, in Berlin-Steglitz.
103. - Dietrich, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Neukölln.
104. - Dyrenfurth, Assistent an dem Institut für Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.
105. - Eschricht, Med.-Rat, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium.
106. - Finger, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern.
107. - Flatten, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt des IV. Bezirks.
108. - Flügge, Professor, Geh. Medizinalrat und Direktor des hygienischen Instituts.
109. - Franz, Kaiserl. Regierungs-Rat bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, in Charlottenburg.[1])
110. - Fränckel, Paul, Privatdozent und Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, in Charlottenburg.
111. - Fränkel, Arthur, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
112. - Friedemann, Julius, San.-Rat in Berlin-Schöneberg, staatsärztl. approb.
113. - Gehrke, Kreisrazt des VI. Bezirks.
114. - Grimm, Kreisassistenzarzt des Kreises Teltow, in Charlottenburg.
115. - Groß, prakt. Arzt in Berlin-Friedenau, staatsärztl. approb.
116. - Heilgendorff, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
117. - Heyl, Geh. Med.-Rat, ständiger Hilfsarbeiter in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern, Berlin-Schöneberg.
118. - Hoffmann, Med.-Rat, Gerichtsarzt und dirigierender Arzt des Untersuchungsgefängnisses.
119. - Hüttig, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt.
120. - Jacobson, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Charlottenburg,
121. - Kasten, Med.-Rat, Kreisarzt in Charlottenburg.
122. - Keller, Arzt am Strafgefängnis in Plötzensee, staatsärztl. approb.
123. - Kirchner, Prof., Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat u. Direktor der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern. Ehrenmitglied.
124. - Kloninger, Stabsarzt a. D., Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam.
125. - Knospe, Kreisarzt des II. Bezirks.
126. - Köhler, San.-Rat, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung, staatsärztl. approb.
127. - Krohne, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern.
128. - Kurtz, Stabsarzt a. D., Oberarzt an der Anstalt Wuhlgarten bei Berlin, Post: Biesdorf, staatsärztl. approb.
129. - Lehnsen, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
130. - Lemke, Kreisarzt des VII. Bezirks.
131. - Lentz, Prof., Geh. Reg.-Rat, Direktor im Kaiserlichen Gesundheitsamt, in Berlin-Lichterfelde.

---

[1]) Inzwischen verstorben.

132. Dr. Leopold, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
*133. - Leppmann, A., Geh. Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz Brandenburg, Kreisarzt a. D. u. Strafanstaltsarzt.
134. - Leppmann, Fr., Nervenarzt u. Strafanstaltsarzt, staatsärztl. approb.
135. - Lindemann, Med.-Rat, Kreisarzt.
136. - Lindemann, Alfred, Assistent am Rudolf Virchow-Krankenhause, staatsärztl. approb.
137. - Lissner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin-Friedenau.
138. - Lörch, Kreisassistenzarzt und Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern und in der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen.
*139. - Mangold, Kreisassistenzarzt und Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern u. in der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen.
140. - Mann, Kreisarzt in Berlin-Lichtenberg.
141. - Marx, Gerichtsarzt und Gefängnisarzt.
142. - Merzbach, belgischer u. italienischer Konsulararzt, staatsärztl. approb.
143. - Dr. Meyer, Kreisarzt beim Polizeipräsidium.
144. - Moeli, Prof., Geh. Ob.-Med.-Rat u. Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Herzberge, in Berlin-Lichtenberg.
145. - Müller, Med.-Rat, Kreisarzt des X. Bezirks.
146. - Nesemann, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizeipräsidium.
147. - Pfleger, Geh. Med.-Rat u. Gerichtsarzt.
148. - Podlewski, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Berlin-Schöneberg.
149. - Rogowski, Med.-Rat, Kreisarzt, Nikolassee (Wannseebahn).
150. - Salomon, Geh. Med.-Rat, Honorar-Professor an der technischen Hochschule in Charlottenburg.
151. - Schlegtendal, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizei-Präsidium.
152. - Schroeder, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Teltow, Charlottenburg.
153. - Schulz, Rudolf, Med.-Rat, Kreisarzt für Niederbarnim, Charlottenburg.
154. - Schulz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt, Direktor der Königl. Impfanstalt.
155. - Steffenhagen, Mitglied der Königl. Landes-Anstalt für Wasserhygiene in Berlin-Lichterfelde.
156. - Störmer, Med.-Rat, Gerichtsarzt, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
*157. - Strassmann, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde u. Gerichtsarzt.
158. - Strauch, Professor, Privatdozent für gerichtliche Medizin und Staatsarzneikunde u. Gerichtsarzt.
159. - Stüler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.
160. - Wagner, Gustav, Geh. Med.-Rat, ständiger Hilfsarbeiter im Ministerium der öffentlichen Arbeiten (Abteilung für Eisenbahnen), in Berlin-Schöneberg, staatsärztl. approb.

161. Dr. Wasserfall, Stabsarzt, staatsärztl. approb.
162. - Weber, Geh. Reg.-Rat und Stadt-Med.-Rat.
163. - Weissenborn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.

Provinz Brandenburg.

164. Dr. Aust, Med.-Rat, Kreisarzt in Nauen.
165. - Barnick, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt (Oder).
166. - Beninde, Kreisarzt und komm. Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt a. O.
167. - Braeutigam, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Neumark).
168. - Brasch, prakt. Arzt in Wannsee, staatsärztl. approb.
169. - Dalichow, prakt. Arzt in Fürstenwalde (Spree), staatsärztl. approb.
170. - Deutsch, prakt. Arzt in Rudow, staatsärztl. approb.
171. - Doebert, Kreisarzt in Beeskow.
172. - Drosihn, prakt. Arzt in Cöpenick, staatsärztl. approb.
173. - Friedrich, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Landsberg (Warthe).
174. - Gebauer, prakt. Arzt in Wittenberge (Bz. Potsdam), staatsärztl. approb.
175. - Geisseler, Kreisarzt in Potsdam.
176. - Gottschalk, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Rathenow.
*177. - Gottschalk, Med.-Rat, Kreisarzt in Kalau.
178. - Großmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Freienwalde (Oder).
179. - Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Krossen.
180. - Hafemann, Med.-Rat, Kreisarzt in Luckau (Lausitz.)
181. - Hechler, Kreisarzt in Züllichau.
182. - Heinze, Kreisarzt in Angermünde.
183. - Jaenicke, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Spandau.
184. - Jungmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Guben.
185. - König, Med.-Rat, Kreisarzt in Soldin.
186. - Krahn, prakt. Arzt in Landsberg (Warthe), staatsärztl. approb.
187. - Kuhnt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neu-Ruppin.
188. - Lähr, G., San.-Rat, Arzt der Irrenanstalt Schweizerhof bei Zehlendorf (Wannseebahn), staatsärztl. approb.
189. - Lemke, Kreisarzt in Arnswalde.
190. - Lummerzheim, prakt. Arzt in Forst (Lausitz), staatsärztl. approb.
191. - Maire, prakt. Arzt in Fürstenberg (Oder), staatsärztl. approb.
192. - Marmann, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes bei der Königl. Regierung in Potsdam.
193. - Manthey, Kreisarzt in Belzig.
194. - Meyer, Kreisarzt in Templin.
195. - Müller, Kreisarzt in Zielenzig.
*196. - Nickel, Med.-Rat, Kreisarzt in Perleberg.
197. - Nowack, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Potsdam.
198. - Pannwitz, San.-Rat, Chefarzt der Kinderheilstätte in Hohenlychen (Kr. Templin), staatsärztl. approb.
199. - Pentz, Frauenarzt in Cöpenick, staatsärztl. approb.
200. - Ploch, Med.-Rat, Kreisarzt in Frankfurt (Oder).

201. Dr. Plothe, Kreisarzt in Cottbus.
202. - Prawitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Brandenburg (Havel).
203. - Priester, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Reppen.
204. - Rauhut, prakt. Arzt in Eberswalde, staatsärztl. approb.
205. - Rosenthal, prakt. Arzt in Tegel, staatsärztl. approb.
206. - Roth, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Potsdam.
207. - Sander, Geh. Med.-Rat u. Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Dalldorf, Post: Wittenau (Bz. Berlin), Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums.
208. - Schäfer, Med.-Rat, Kreisarzt in Sorau (Niederlausitz).
*209. - Scheu, Kreisarzt in Spremberg (Lausitz).
210. - Schimmel, prakt. Arzt i. Straußberg b. Berlin, staatsärztl. approb.
211. - Schneider, Med.-Rat, Kreisarzt in Prenzlau.
212. - Schultz-Schultzenstein, Kreisarzt in Freienwalde (Oder).
213. - Seeger, Kreisarzt in Lübben.
214. - Steinberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedeberg (Neumark).
215. - Struntz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Jüterbogk.
216. - Telschow, Med.-Rat, Kreisarzt in Spandau.
*217. - Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cottbus.
218. - Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz (Prignitz).

Provinz Pommern.

219. Dr. Arbeit, Med.-Rat, Kreisarzt in Stargard (Pomm.).
220. - Barten, prakt. Arzt in Plathe (Pomm.), staatsärztl. approb.
221. - Behrend, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Kolberg.
222. - Beumer, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Greifswald.
223. - Boege, Kreisarzt in Ueckermünde.
224. - David, Kreisassistenzarzt in Stralsund.
225. - Dieterich, Med.-Rat, Kreisarzt in Demmin.
226. - Dütschke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
227. - Frank, Kreisarzt in Bergen (Rügen).
228. - Freyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stettin.
229. - Fricke, Kreisarzt in Bublitz.
230. - Geißler, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Stettin.
231. - Gerloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Stralsund.
232. - Hoche, Reg.- u. Med.-Rat in Köslin.
233. - Howe, Kreisarzt in Dramburg.
234. - Howitz, prakt. Arzt in Dramburg, staatsärztl. approb.
235. - Hülsmeyer, Kreisarzt in Bütow.
236. - Kirstein, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Stettin.
237. - Kurpjuweit, Kreisarzt in Swinemünde.
*238. - Landgrebe, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustettin.
239. - Lewin, prakt. Arzt in Neustettin, staatsärztl. approb.
240. - Lüdicke, Nervenarzt in Stettin, staatsärztl. approb.
241. - Manke, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlawe.
242. - Mangelsdorf, Kreisassistenzarzt in Lupow (Kr. Stolp).

243. Dr. Margulies, prakt. Arzt in Kolberg, staatsärztl. approb.
244. - Mende, Kreisassistenzarzt in Stettin.
245. - Merklin, San.-Rat u. Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Treptow (Rega).
246. - Neumeister, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegium in Stettin.
247. - Ohrloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Anklam.
248. - Palleske, Kreisarzt in Greifenhagen.
249. - Pieconka, Kreisarzt in Greifenberg (Pomm.).
250. - Poddey, Kreisarzt in Lauenburg (Pomm.).
251. - Revenstorff, Kreisarzt in Rummelsburg (Pomm.)
252. - Sachs, San.-Rat in Pollnow, staatsärztl. approb.
253. - Sarganeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Köslin.
254. - Schirmer, Kreisarzt in Naugard.
255. - Schlütter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Pyritz.
256. - Schulze-Barnim, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Stettin.
257. - Seiffert, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Randow und Direktor der Königl. Impfanstalt in Stettin.
258. - Siemens, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lauenburg (Pomm.).
*259. - Speiser, Kreisarzt in Labes.
260. - Stein, Kreisarzt in Grimmen.
261. - Stubbe, prakt. Arzt in Neustettin, staatsärztl. approb.
262. - Stumm, Reg.- u. Med.-Rat in Stralsund.
263. - Thielow, Med.-Rat, Kreisarzt in Stolp.
264. - Voigt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cammin (Pomm.).
*265. - Wanke, Med.-Rat, Kreisarzt in Belgard (Persante).

Provinz Posen.

266. Dr. Bekker, Med.-Rat, Kreisarzt in Wongrowitz.
*267. - Bethge, Kreisarzt in Fraustadt.
268. - v. Blomberg, Freiherr, San.-Rat, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Kosten (Bz. Posen).
269. - Bosse, prakt. Arzt in Kosten (Bz. Posen), staatsärztl. approb.
270. - Buddee, Kreisarzt in Neutomischel.
271. - Clauss, Kreisarzt in Posen.
272. - Dembczack, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Krotoschin.
*273. - Doerschlag, Kreisarzt in Bromberg.
274. - Ekke, Kreisarzt in Adelnau.
275. - Fast, Kreisarzt in Grätz (Bz. Posen).
*276. - Fehrs, Kreisarzt in Czarnikau.
277. - Friedrich, Kreisarzt in Schubin.
278. - Guttwein, Kreisarzt des Kreises Posen-Ost in Schwersenz.
279. - Haack, Med.-Rat, Kreisarzt in Gnesen.
280. - Hallwachs, Kreisarzt in Znin.
*281. - Hartisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Rawitsch.

282. Dr. Herrmann, Kreisarzt in Obornik.
283. - Huebner, Kreisarzt des Kreises Posen-West in Zabikowo.
284. - Jäckel, Med.-Rat, Kreisarzt in Samter.
285. - Jaster, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Bromberg.
286. - Kleinert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lissa (Bez. Posen).
*287. - Klewe, Stabsarzt a. D., Kreisarzt in Lissa (Posen).
288. - Koschel, Kreisarzt in Filehne.
289. - Kuschel, Kreisarzt in Schildberg (Bz. Posen).
290. - Lange, Kreisarzt in Wirsitz.
291. - Larass, Kreisarzt in Koschmin.
292. - Laschke, Kreisarzt in Schroda.
293. - Lehmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Kosten (Bz. Posen).
294. - Lewerenz, Kreisarzt in Kolmar (Posen).
295. - Lipp, Kreisarzt in Schmiegel.
296. - v. Mach, Med.-Rat, Kreisarzt in Bromberg.
297. - Mauß, prakt. Arzt in Schneidemühl, staatsärztl. approb.
298. - Michaelsohn, Med.-Rat, Kreisarzt in Meseritz (Bz. Posen).
299. - Müller, Kreisassistenzarzt in Posen.
300. - Neubelt, Kreisarzt in Jarotschin.
301. - Paulisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Hohensalza.
302. - Peschel, Kreisarzt in Birnbaum (Bz. Posen).
303. - Rosenbaum, Stabsarzt a. D., Kreisarzt in Strelno.
304. - Schlag, Med.-Rat, Kreisarzt in Ostrowo (Bz. Posen).
305. - Schmidt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Posen.
306. - Schmidt, Kreisarzt in Wreschen.
*307. - Schmidt, Kreisarzt in Pleschen.
308. - Sieber, Kreisarzt in Witkowo.
309. - Straube, Kreisarzt in Schwerin (Warthe).
*310. - Symanski, Kreisarzt in Gostyn.
*311. - Tröger, Kreisarzt in Kempen (Bez. Posen).
312. - Wegener, Kreisarzt in Mogilno.
313. - Wernicke, Prof., Geh. Med.-Rat, Prorektor der Akademie und Direktor des hygienischen Instituts in Posen, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
314. - Wessling, Kreisarzt in Wollstein (Bez. Posen).
315. - Winckler, San.-Rat, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Owinsk, staatsärztl. approb.

Provinz Schlesien.

316. Dr. Abesser, Kreisassistenzarzt in Ratibor.
317. - Adler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Brieg (Bz. Breslau).
318. - Banik, Med.-Rat, Kreisarzt in Sagan.
319. - Bergmann, San.-Rat in Neumarkt (Schles.), staatsärztl. approb.
320. - Bleich, Med.-Rat, Kreisarzt in Hoyerswerda.
321. - Blumenreich, San.-Rat in Sohrau (Ob.-Schl.), staatsärztl. approb.
322. - Boretius, Kreisarzt in Rybnick.
323. - Boss, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Falkenberg (Ob.-Schl.).
324. - Broll, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Pless.

325. Dr. Clauditz, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Breslau.
326. - Coester, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Görlitz.
*327. - Deckner, Kreisarzt in Cosel (Oberschl.).
328. - Duda, Kreisarzt in Nimptsch.
*329. - Dybowski, Med.-Rat, Kreisarzt in Waldenburg (Schles.).
*330. - Erbkam, Med.-Rat, Kreisarzt in Jauer.
331. - Erdner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Görlitz.
*332. - Ernst, Kreisarzt in Namslau.
*333. - Finger, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Münsterberg (Schles.).
334. - Frey, Kreisarzt in Tarnowitz.
*335. - Furch, Med.-Rat, Kreisarzt in Gross-Wartenberg.
336. - Gebhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Lauban.
*337. - v. Gizycki, Kreisarzt in Brieg (Bez. Breslau).
338. - Halbey, Kreisassistenzarzt in Kattowitz.
*339. - Hauschild, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
340. - Herford, Stadtarzt in Görlitz.
341. - Hirschfeld, Med.-Rat, Kreisarzt in Glogau.
342. - Hoppe, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Liegnitz.
343. - Hübner, prakt. Arzt in Lüben (Schles.), staatsärztl. approb.
344. - Hutt, Kreisassistenzarzt in Breslau.
345. - Kathe, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Breslau.
346. - Keintoch, Kreisarzt in Grottkau.
347. - Kerckhoff, Kreisassistenzarzt in Liegnitz.
348. - Klein, Gerichtsarzt in Gleiwitz.
349. - Kley, Kreisarzt in Kreuzburg (Ob.-Schl.).
350. - Klingmüller, Kreisarzt in Strehlen (Schles.).
*351. - Kloss, Kreisarzt in Striegau.
*352. - Köhler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Landeshut.
*353. - Krau, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Schweidnitz.
*354. - Krause, Reg.- u. Med.-Rat in Oppeln.
355. - Kühn, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratibor.
356. - Kühnlein, Kreisarzt in Falkenberg (Ob.-Schl.).
*357. - Kutzki, Kreisarzt in Steinau (Oder).
358. - Lachmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Oels (Schles.).
*359. - Langner, Kreisarzt in Frankenstein (Schles.).
*360. - la Roche, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Beuthen (Ob.-Schl.).
*361. - v. Leliwa, Kreisarzt in Guhrau (Bz. Breslau).
362. - Lemke, prakt. Arzt in Domb (Kr. Kattowitz), staatsärztl. approb.
*363. - Leske, Med.-Rat, Kreisarzt in Liegnitz.
*364. - Lesser, Geh. Med.-Rat, a. o. Professor, Gerichtsarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Breslau.
365. - Liedke, kommiss. Kreisarzt in Wohlau.
*366. - Ludwig, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Habelschwerdt.
367. - Mäder, Med.-Rat, Kreisarzt in Neumarkt (Schles.).
368. - Malisch, Kreisarzt in Pleß.
369. - Marmetschke, prakt. Arzt in Breslau, staatsärztl. approb.
370. - Martini, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Breslau.
*371. - Matthes, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.

372. Dr. Mewius, Med.-Rat, Kreisarzt und Direktor der Königl. Impfanstalt in Oppeln.
373. - Meyen, Reg.- u. Med.-Rat in Liegnitz.
374. - Meyer, Kreisarzt in Muskau.
375. - Meyer, Kreisarzt in Grünberg (Schles.).
376. - Mühlenbach, Med.-Rat, Kreisarzt in Wohlau.
*377. - Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Reichenbach (Schles.).
*378. - Nebler, Med.-Rat, Kreisarzt in Glatz.
*379. - Neumann, Med.-Rat, Kreisarzt in Leobschütz.
380. - Neumann, Kreisarzt in Rosenberg (Ob.-Schl.).
*381. - Oebbecke, Geh. San.-Rat, Stadtarzt in Breslau.
*382 - Otto, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neurode.
*383. - Paulini, Med.-Rat, Kreisarzt in Militsch (Bez. Breslau).
*384. - Peters, Kreisarzt in Löwenberg (Schles.).
385. - Philipp, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Liegnitz.
*386. - Reinkober, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Trebnitz (Schles.).
387. - Richter, Kreisassistenzarzt in Waldenburg (Schles.).
*388. - Rieger, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
389. - Risen, Strafanstaltsarzt und leitender Arzt der Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene von der Kgl. Strafanstalt in Breslau.
390. - Salzwedel, Med.-Rat, Kreisarzt in Gleiwitz.
*391. - Schilling, Med.-Rat, Kreisarzt in Freystadt (Niederschl.).
392. - Schirow, leitender Arzt an der Diakonissenanstalt „Bethanien" in Steinau a. O., staatsärztl. approb.
393. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (Ob.-Schl.)
*394. - Scholtz, Med.-Rat, Kreisarzt in Hirschberg (Schles.).
395. - Scholz, San.-Rat in Görlitz, staatsärztl. approb.
*396. - Schreber, Kreisarzt in Bunzlau.
397. - Schröder, Kreisarzt in Lublinitz (Ob.-Schl.).
*398. - Schweitzer, Kreisarzt in Kattowitz (Ob.-Schl.).
399. - Sossinka, Oberarzt der Heil- u. Pflegeanstalt Scheibe, Post: Glatz.
*400. - Telke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau.
401. - Thienel, Med.-Rat, Kreisarzt in Gross-Strehlitz.
*402. - Tiling, Arzt der inneren Abteilung des Knappschaftslazaretts in Waldenburg (Schles.), staatsärztl. approb.
*403. - Thomalla, Kreisarzt in Ohlau.
404. - Tracinski, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Zabrze.
405. - Wagener, Kreisarzt in Lüben (Schles.).
*406. - Wagner, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Beuthen (Ob.-Schl.).
*407. - Weczereck, Med.-Rat, Kreisarzt in Königshütte (Ob.-Schl.)
408. - Wende, prakt. Arzt in Kreuzburg (Ob.-Schl.), staatsärztlich approb.
409. - Willführ, Kreisassistenzarzt und Assistent an der Königl. Impfanstalt in Oppeln.
410. - Winkelmann, Stabsarzt a. D., Kreisassistenzarzt in Görlitz.
411. - Wolff, Med.-Rat, Kreisarzt in Neiße.
*412. - Wolffberg, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
413. - Wrobel, Kreisassistenzarzt a. D. in Zalenze.

414. Dr. Zelle, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Oppeln.
415. - Zillessen, Kreisarzt in Goldberg (Schles.).

Provinz Sachsen.

416. Dr. Bernstein, Stabs- u. Bataillonsarzt in Mühlhausen (Thür.), staatsärztl. approb.
417. - Birkholz, Kreisarzt in Naumburg (Saale).
418. - Brummund, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Magdeburg.
419. - Bundt, Kreisarzt (Saalkreis) in Halle (Saale).
420. - Burmeister, Kreisarzt in Wanzleben.
421. - Curtius, Kreisarzt in Stendal.
422. - Deneke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Magdeburg.
423. - Dietrich, prakt. Arzt in Schloß Blankenberg (Kreis Ziegenrück), staatsäztl. approb.
424. - Doepner, Kreisarzt in Bitterfeld.
425. - Dorsch, Kreisarzt in Herzberg (Elster).
426. - Ebhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Langensalza.
427. - Ehlers, Kreisarzt in Großkamsdorf (Kr. Ziegenrück).
428. - Eilers, Med.-Rat, Kreisarzt in Schleusingen.
429. - Felgenträger, Kreisarzt in Heiligenstadt (Eichsfeld).
430. - Fielitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt (Stadtkreis) in Halle (Saale).
431. - Fränken, ord. Professor, Geh. Med.-Rat, Direktor des hygienischen Instituts in Halle (Saale).
432. - Geissler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Torgau.
433. - Grape, Kreisarzt in Salzwedel.
434. - Gürich, prakt. Arzt in Schraplau (Mansf. Seekr.), staatsärztl. approb.
435. - Gundlach, Kreisarzt in Wernigerode.
436. - Häbler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Nordhausen.
437. - Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda.
438. - Herms, Med.-Rat, Kreisarzt in Burg (Bz. Magdeburg).
439. - Heydloff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Erfurt.
440. - Hillenberg, Kreisarzt in Zeitz.
441. - Holthoff, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Salzwedel.
442. - Hoppe, Oberarzt an der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt in Uchtspringe, staatsärztl. approb.
443. - v. Ingersleben, Med.-Rat, Kreisarzt in Quedlinburg.
444. - Janert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Seehausen (Altmark).
445. - Janssen, Reg.- und Med.-Rat in Merseburg.
446. - Jorns, Kreisarzt in Nordhausen.
447. - Kalkoff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Kölleda.
448. - Keferstein, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Magdeburg.
449. - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Wolmirstedt.
450. - Kornalewski, Med.-Rat, Kreisarzt in Delitzsch.
451. - Krämer, Kreisarzt in Calbe (Saale).
452. - Kühn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Calbe (Saale).
453. - Lewinsky, Kreisarzt in Mansfeld.

454. Dr. Lösener, Generalober- u. Garnisonarzt in Magdeburg, staatsärztlich approb.
455. - Moritz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Halberstadt.
456. - Müller, prakt. Arzt in Schleusingen, staatsärztl. approb.
457. - Ostermann, Kreisarzt in Oschersleben.
458. - Pantzer, Med.-Rat, Kreisarzt in Sangerhausen.
459. - Plange, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stendal.
460. - Probst, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gardelegen.
461. - Räuber, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Erfurt.
462. - Rapmund, Kreisarzt in Querfurt.
463. - Rauch, Kreisarzt in Eisleben.
464. - Risel, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Halle (Saale).
465. - Rothmaler, prakt. Arzt in Gerbstedt (Mansf. Seekreis), staatsärztl. approb.
466. - Schade, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuhaldensleben.
467. - Schröder, Med.-Rat, Kreisarzt in Weissenfels.
468. - Schulz, a. o. Professor, Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums, Gerichtsarzt und Direktor des gerichtlich-med. Instituts in Halle (Saale).
469. - Schulz, Kreisarzt in Worbis.
470. - Söhle, Kreisarzt in Mühlhausen (Thür.).
471. - Steinkopff, Med.-Rat, Kreisarzt in Merseburg.
472. - Thomas, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamts in Magdeburg.
473. - Ulrich, prakt. Arzt in Erfurt, staatsärztl. approb.
474. - Vial, Kreisarzt in Gardelegen.
475. - Wachs, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittenberg (Bz. Halle).
476. - Weidenmüller, Oberarzt an der Landes-Heilanstalt in Jerichow, staatsärztl. approb.
477. - Weinreich, Kreiswundarzt a. D. in Merseburg.
478. - Wilcke, Kreisarzt in Genthin.

Provinz Schleswig-Holstein.

479. Dr. Bartels, Med.-Rat, Kreisarzt in Husum.
480. - Bertheau, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Schleswig.
481. - Bockendahl, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Kiel.
482. - Böschen, Stadtassistenzarzt in Kiel, staatsärztl. approb.
483. - Bruhn, Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg.
484. - Cimbal, leitender Arzt der Abteilung für Geisteskranke am städtischen Krankenhause in Altona (Elbe), staatsärztl. approb.
485. - Cold, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meldorf.
486. - von Fischer-Benzon, Med.-Rat, Kreisarzt in Flensburg.
487. - Götze, Stadtassistenz- und Schularzt in Altona (Elbe).
488. - Halling, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Glückstadt.
489. - Hansen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hadersleben.
490. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Tondern.
491. - Hunnius, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Wandsbek.
492. - Jahn, Kreisphysikus a. D. in Kappeln (Schlei).

493. Dr. Knuth, Med.-Rat, Kreisarzt in Apenrade.
494. - Krefting, Kreisarzt in Plön.
495. - Kriokau, prakt. Arzt in Neumünster, staatsärztl. approb
496. - Krosz, San.-Rat in Horst (Holstein), staatsärztl. approb.
497. - Lübbe, prakt. Arzt in Wilster, staatsärztl. approb.
498. - v. Meurers, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Rendsburg.
499. - Neidhardt, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Altona (Elbe)-Ottensen.
500. - Neuling, Stabs- und Bataillonsarzt in Schleswig, staatsärztl. approb.
501. - Reimann, Med.-Rat, Kreisarzt in Neumünster.
502. - Rohwedder, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratzeburg.
503. - Schow, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (Holstein).
504. - Schröder, Stadtarzt in Altona (Elbe).
505. - Schüler, Kreisarzt in Pinneberg.
506. - Schütt, Med.-Rat, Kreisarzt in Eckernförde.
507. - Schulz, Marinestabsarzt in Sonderburg, staatsärztl. approb.
508. - Suadicani, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Schleswig.
509. - Vellguth, Stadtassistenzarzt in Flensburg.
510. - Wallichs, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Altona (Elbe).
511. - Weller, Kreisarzt in Sonderburg.
512. - Ziemke, a. o. Professor, Gerichtsarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Kiel.

Provinz Hannover.

513. Dr. Arbeit, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Hildesheim.
514. - Arlart, Kreisarzt in Stolzenau.
515. - Bachmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Harburg (Elbe).
516. - Barth, Med.-Rat, Kreisarzt in Bassum.
517. - Becker, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Hildesheim.
518. - Behrens, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
519. - Bitter, Stadtarzt in Osnabrück.
520. - Böhnke, Kreisarzt in Springe.
521. - Brandt, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Hannover.
522. - Brückmann, prakt. Arzt in Goslar, staatsärztl. approb.
523. - Buchholtz, Med.-Rat, Kreisarzt in Einbeck.
524. - Bünting, Kreisarzt in Osterode (Harz).
525. - Dieckmann, prakt. Arzt in Schüttorf, staatsärztl. approb.
526. - Dohrn, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Hannover.
527. - Dreves, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannover-Linden.
528. - Ehrhorn, prakt. Arzt in Hannover-Herrenhausen, staatsärztl. approb.
529. - Elten, Med.-Rat, Kreisarzt in Freiburg (Elbe).
530. - v. Esmarch, Professor, Geh. Med.-Rat, Direktor des hygien. Instituts in Göttingen.
531. - Gaffky, Professor, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat in Hannover-Kleefeld; Ehrenmitglied des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin.
532. - Gaehde, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Blumenthal (Hann.).
533. - Gerlach, Kreisassistenzarzt in Göttingen.
534. - Gerlach, Kreisarzt in Ilfeld.

535. Dr. Goos, Kreisassistenzarzt in Gifhorn.
536. - Guertler, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Hannover.
537. - Guttmann, Kreisarzt in Stade.
538. - Harmsen, Oberstabs- und Regimentsarzt in Lüneburg, staatsärztl. approb.
539. - Heilmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Melle.
540. - Helwes, Kreisarzt in Diepholz.
541. - Hesse, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Lüneburg.
542. - Hüpeden, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Hannover.[1])
543. - Huntemueller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hoya.
544. - Itzerott, Med.-Rat, Kreisarzt in Uelzen.
545. - Kahle, Kreisarzt in Aurich
546. - Kanzler, San.-Rat u. Badearzt in Bad Rothenfelde (Teutoburgerwald), staatsärztl. approb.
547. - Kessler, Geh. San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Salzgitter.
548. - Kracht, Kreisassistenzarzt in Otterndorf (Unterelbe).
549. - Kramer, Kreisarzt in Wilhelmshaven.
550. - Kuhlemann, prakt. Arzt in Uslar, staatsärztl. approb.
551. - Landsbergen, prakt. Arzt in Hannover, staatsärztl. approb.
552. - Langerhans, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Celle.
553. - Lebram, Kreisarzt in Dannenberg (Elbe).
554. - Lemmer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Alfeld (Leine).
555. - Lindemann, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
556. - Lochte, a. o. Professor, Kreisarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Göttingen.
557. - Mansholt, Med.-Rat, Kreisarzt in Leer (Ostfrsld.).
558. - Menke, Kreisarzt in Lehe.
559. - Mennicke, Kreisarzt in Hameln.
560. - Meyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannov.-Münden.
561. - Moebius, Kreisassistensarzt in Zeven.
562. - Möller, Kreisarzt in Burgdorf (Hannover).
563. - Mohrmann, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Stade.
564. - Müller, Kreisarzt in Geestemünde.
565. - Müller, prakt. Arzt in Gross-Rhüden, staatsärztl. approb.
566. - Nieper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Goslar.
567. - Niewerth, Kreisarzt des Kreises Marienburg, in Hildesheim.
568. - Ocker, Med.-Rat, Kreisarzt in Verden (Aller).
569. - Opitz, Kreisarzt in Peine.
570. - Petermöller, Med.-Rat, Kreisarzt in Meppen.
571. - Picht, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Nienburg (Weser).
572. - Plinke, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannover.
573. - Proelss, Kreisarzt in Bremervörde.
574. - Quentin, Med.-Rat, Kreisarzt in Bentheim.
575. - Reinhold, Prof., Geh. Med.-Rat u. Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Hannover.
576. - Ressel, Kreisarzt in Rotenburg (Hannover).
577. - Riehn, Med.-Rat, Kreisarzt in Clausthal.
578. - Ritter, Kreisarzt in Northeim (Hannover).

[1]) Inzwischen verstorben.

579. Dr. Roehrig, Kreisarzt in Duderstadt (Eichsf.).
580. - Rudolphy, Kreisassistenzarzt in Harburg (Elbe).
581. - Schürmeyer, Kreisarzt in Sögel.
582. - Schultze, Professor, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik u. Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Göttingen.
583. - Siemon, prakt. Arzt in Hannov.-Münden, staatsärztl. approb.
584. - Sorge, Kreisarzt in Lüchow.
585. - Springfeld, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Osnabrück.[1]
586. - Stackemann, Kreisarzt in Walsrode.
587. - Steiner, Reg.- u. Med.-Rat in Stade.
588. - Strangmeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Quakenbrück.
589. - Stucke, prakt. Arzt in Bramsche b. Osnabrück, staatsärztl. appr.
590. - Tholen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Papenburg (Ems).
591. - Trembur, Marineoberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Osnabrück.
592. - Weithoener, Kreisarzt in Isenhagen, Post: Hankensbüttel.
593. - Wendenburg, Abteilungsarzt an der Prov. Heil- u Pflegeanstalt in Osnabrück, staatsärztl. approb.
594. - Wern, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Stade.
595. - Wiechers, San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Gronau (Hannov.).
596. - Willms, prakt. Arzt in Kirchweyhe, staatsärztl. approb.
597. - Winter, Med.-Rat, Kreisarzt in Norden.
598. - Woda, Kreisarzt in Lingen (Ems).
599. - Wolff, Reg.- und Med.-Rat in Lüneburg.
600. - Zibell, Kreisarzt in Emden (Ostfrld.).
601. - Zimmermann, Kreisarzt und Vorsteher des Med.-Untersuchungsamtes in Hannover.

Provinz Westfalen.

602. Dr. Angenete, Kreisarzt in Lübbecke (Westf.).
603. - Ascher, Kreisarzt in Hamm (Westf.)
604. - Bahrs, Kreisarzt in Lüdinghausen.
605. - Benthaus, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Paderborn.
606. - Besserer, Kreisarzt, Med.-Assessor beim Prov.-Med.-Kollegium u. Vorsteher des Med.-Untersuchungsamtes in Münster (Westf.).
607. - Bickhoff, San.-Rat, prakt. Arzt in Dortmund, staatsärztl. approb.
608. - Bliesener, Med.-Rat, Kreisarzt in Bochum.
609. - Boegershausen, Kreisarzt in Arnsberg (Westf.).
• 610. - Brandis, prakt. Arzt in Bielefeld, staatsärztl. approb.
611. - Broeckerhoff, Kreisarzt in Altena (Westf.).
612. - Brümmer, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Münster (Westf.).
613. - Bruns, Prof. u. Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen.
614. - v. Decker, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Arnsberg (Westf.).

---

[1]) Inzwischen verstorben

615. Dr. Dembowski, Abteilungsvorsteher am städtischen Medizinalamt in Dortmund.
616. - Deutsch, prakt. Arzt in Neuhaus (Westf.), staatsärztl. approb.
617. - Dickel, Oberarzt an den v. Bodelschwingh'schen Anstalten in Bethel bei Bielefeld, staatsärztl. approb.
618. - Dieminger, prakt. Arzt in Merklinde (Kr. Dortmund), staatsärztl. approb.
619. - Dörrenberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Soest.
620. - Engels, Kreisarzt in Buer.
621. - Friedel, Kreisarzt in Schwelm.
622. - Gerlach, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Münster (Westf.).
623. - Graeve, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hagen (Westf.).
624. - Graeve, prakt. Arzt in Iserlohn, staatsärztl. approb.
625. - Guder, Med.-Rat, Kreisarzt in Laasphe.
626. - Hagemeier, Kreisarzt in Lippstadt.
627. - Heising, Med.-Rat, Kreisarzt in Borken (Westf.).
628. - Helming, Med.-Rat, Kreisarzt in Ahaus.
629. - Hensgen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Siegen.
630. - Heyne, Med.-Rat, Kreisarzt in Beckum.
631. - Hillebrecht, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Vlotho.
632. - Isfort, Kreisarzt in Warburg (Westf.).
633. - Kasemeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Burgsteinfurt.
634. - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Höxter.
635. - Köttgen, Stadt- u. Kreisarzt in Dortmund.
636. - Kreke, Stadtarzt in Münster (Westf.).
637. - Krummacher, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Münster (Westf.).
638. - Liebetrau, Kreisarzt des Kreisarztbezirks Recklinghausen-West in Gladbeck (Westf.).
639. - Liedig, Kreisarzt in Paderborn.
640. - Lindemann, Geh. San.-Rat, Oberarzt des Allgem. Knappschaftsvereins in Bochum.
641. - Löer, Kreisarzt in Büren (Westf.).
642. - Lorenz, Kreisassistenzarzt in Gelsenkirchen.
643. - Lüttig, Med.-Rat, Kreisarzt in Brilon.
644. - Mann, Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Paderborn.
645. - Mertens, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lengerich (Westf.), staatsärztl. approb.
646. - Nauck, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hattingen (Ruhr).
*647. - Neumann, Kreisarzt a. D. in Gelsenkirchen.
648. - Nünninghoff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Bielefeld.
649. - Petermöller, prakt. Arzt in Oelde, staatsärztl. approb.
650. - Pollack, Kreisarzt in Hörde.
651. - Quadflieg, Abteilungsvorsteher am Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen, staatlich geprüft.
*652. - Rapmund, Professor, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Minden (Westf.), Ehrenmitglied.
653. - von Recklinghausen, Med.-Rat, Kreisarzt in Tecklenburg.
654. - Rheinen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Herford.

655. Dr. Ritter, Reg.- u. Med.-Rat in Minden (Westf.).
656. - Schäffer, prakt. Arzt in Altena (Westf.), staatsärztl. approb.
657. - Schiedat, Kreisassistenzarzt in Bochum.
658. - Schlautmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Münster (Westf.).
659. - Schlüter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Gütersloh.
660. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Warendorf.
661. - Schneider, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelsenkirchen.
662. - Schneider, Reg.- u. Med.-Rat in Arnsberg (Westf.).
663. - Scholand, Kreisarzt in Olpe.
664. - Seitz, Kreisassistenzarzt in Borgholzhausen.
665. - Simon, Kreisassistenzarzt in Hagen (Westf.).
666. - Spancken, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meschede.
667. - Steinhaus, Stadtassistenzarzt in Dortmund.
668. - Sudhoelter, Med.-Rat, Kreisarzt in Minden (Westf.).
669. - Többen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Recklinghausen.
670. - Többen, leitender Arzt der Irrenabteilung bei der Königlichen Strafanstalt in Münster (Westf.).
671. - v. Trzaska, Med.-Rat, Kreisarzt in Iserlohn.
672. - Voigt, prakt. Arzt in Holzwickede, staatsärztl. approb.
673. - Weber, Kreisassistenzarzt in Dortmund.
674. - Wollenweber, Kreisarzt in Dortmund.
675. - Wolters, Kreisarzt in Coesfeld.

Provinz Hessen-Nassau.

676. Dr. Beinhauer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Höchst (Main).
677. - Bellinger, Kreisarzt in Usingen.
678. - Börner, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Eschwege.
679. - Cauer, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlüchtern (Bez. Cassel).
680. - Döllner, Kreisassistenzarzt in Marburg (Bz. Cassel).
681. - Dreising, Med.-Rat, Kreisarzt in Cassel.
682. - Ebert, prakt. Arzt in Cassel, staatsärztl. apprab.
683. - Erb, prakt. Arzt in Wehrheim, staatsärztl. approb.
684. - Ewers, Med.-Rat, Kreisarzt in Hersfeld.
685. - Faber, Med.-Rat, Kreisarzt in Rotenburg (Fulda).
686. - Floeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Montabaur.
687. - Frank, Prof., Leiter des Mainwasser-Untersuchungsamtes in Wiesbaden.
688. - Friedländer, Prof., Bes. d. Privatanstalt Hohe Mark (Taunus).
689. - Fromm, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
690. - Frotscher, Oberarzt an der Landes-Heil- u. Pflegeanstalt in Weilmünster (Oberlahnkreis), staatsärztl. approb.
691. - Gleitsmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden.
692. - Grau, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelnhausen.
693. - v. Hake, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Wiesbaden.
694. - Hans, Hospitalarzt in Limburg (Lahn), staatsärztl. approb.
695. - Heinemann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cassel.
696. - Hildebrand, a. o. Professor u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts, Kreisarzt in Marburg (Bz. Cassel).
697. - Kahl, Kreisarzt in Melsungen.

698. Dr. König, San.-Rat, Stadtarzt in Frankfurt (Main).
699. - Kranepuhl, Kreisarzt in Rinteln.
700. - Krause, Geh. Med.-Rat in Cassel, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
701. - Kypke-Burchardi, Kreisarzt in Rüdesheim (Rhein).
702. - Liedke, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden.
703. - Malous, Kreisarzt in Hofgeismar.
704. - Mannes, prakt. Arzt in St. Goarshausen, staatsärztl. approb.
705. - Marx, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Fulda.
*706. - Matzdorff, Med.-Rat, Kreisarzt in Schmalkalden.
707. - Mayer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in St. Goarshausen.
708. - Meder, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Cassel.
709. - Mumm, Geh. San.-Rat, Kreisphys. a. D. in Gelnhausen.
710. - Oberstadt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Langenschwalbach.
711. - Pachnio, Kreisarzt in Westerburg (Westerwald).
712. - Petschull, Med.-Rat, Kreisarzt in Diez.
713. - Pfeiffer, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D in Wiesbaden.
714. - Pilf, Kreisarzt (des Stadtkreises) in Wiesbaden.
715. - Prigge, Kreisarzt (des Landkreises) in Wiesbaden.
716. - Reinhardt, prakt. Arzt in Rauschenberg, staatsärztl. approb.
717. - Riech, Kreisarzt in Marienberg (Westerwald).
718. - Rockwitz, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Cassel.
719. - Roselieb, Kreisarzt in Wolfhagen (Bz. Cassel).
720. - Roth, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Frankfurt (Main).
721. - Sauberzweig, Kreisarzt in Hanau.
722. - Schafft, Kreisassistenzarzt und Assistent an der Königl. Impfanstalt in Cassel.
723. - Schaus, Kreisarzt in Weilburg.
724. - Schauss, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Dillenburg.
725. - Schotten, Geh. Med.-Rat in Cassel, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
726. - Simon, El., San.-Rat in Frankfurt (Main), staatsärztl. approb.
727. - Stadtfeld, prakt. Arzt in Wiesbaden, staatsärztl. approb.
728. - Stöltzing, Kreisarzt in Ziegenhain (Bez. Cassel).
729. - Tenbaum, Kreisarzt in Biedenkopf.
730. - von Tessmar, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Limburg (Lahn).
731. - Tuczek, Professor, Geh. Med.-Rat in Marburg (Bz. Cassel, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
732. - Vahle, Kreisarzt in Frankenberg (Hessen-Nassau).
733. - Werner, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
734. - Wittich, Kreisarzt in Fritzlar.
735. - Wittneben, Arzt an der Anstalt „Hephata“ in Treysa (Bz. Cassel), staatsärztl. approb.
736. - Wolf, Kreisarzt in Witzenhausen.
737. - Ziehe, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Homburg v. d. Höhe.

Rheinprovinz und Hohenzollern.

738. Dr. Albert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meisenheim (Glan).
739. - Altendorf, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Prüm.

740. Dr. Aschaffenburg, Prof. der Psychiatrie in Cöln-Lindenthal.
741. - Bachem, Kreisarzt in Euskirchen.
742. - Beintker, Kreisarzt und Vorsteher des Med.-Untersuchungsamts in Düsseldorf.
743. - Berg, Gerichtsarzt in Düsseldorf.
744. - Berger, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Crefeld.
745. - Borntraeger, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Düsseldorf.
746. - Braun, Med.-Rat, Kreisarzt in Wetzlar.
747. - Brockhaus, Geh. San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Godesberg.
748. - Burkharth, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Gammertingen (Hohenzollern).
749. - Carp, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Wesel.
750. - Dahm, Kreisarzt in Heinsberg.
751. - Dennemark, Kreisassistenzarzt und Leiter der bakteriologischen Untersuchungsstelle in Sigmaringen.
752. - Eickhoff, Med.-Rat, Kreisarzt in Siegburg.
753. - v. Fewson, Baron, Kreisarzt in Ahrweiler.
754. - Fischer, Kreisassistenzarzt in Essen (Ruhr).
755. - Fricke, Kreisarzt in Simmern.
756. - Gasters, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Mülheim (Ruhr).
757. - Gentzen, Stadtassistenz- und Schularzt in Essen (Ruhr),
758. - Glaubitt, Kreisarzt in Waldbröl.
759. - Grisar, Geh. Med.-Rat, Reg. u. Med.-Rat in Coblenz.
760. - Hagemann, Kreisarzt in Essen (Ruhr).
*761. - Heinrichs, Med.-Rat, Kreisarzt in Jülich.
762. - Herbst, Kreisarzt in Kempen (Rhein).
763. - Herlitzius, Kreisarzt in Erkelenz.
764. - Herting, San.-Rat, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Galkhausen, Post: Langenfeld (Rhld.)
765. - Heymann, Stadtassistenzarzt in Düsseldorf.
766. - Hilgermann, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Coblenz.
767. - Hillebrand, Med.-Rat, Kreisarzt in Bergheim (Erft).
768. - v. Hövell, Assistent am hygienischen Institut in Saarbrücken, staatsärztl. approb.
769. - Hofacker, Med.-Rat, Kreisarzt in Düsseldorf.
770. - Hoffmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Trier.
771. - Hohn, Leiter des bakteriolog. Laboratoriums in Essen (Ruhr).
772. - Hommerich, Kreisassistenzarzt und Assistent am Med.-Untersuchungsamt in Düsseldorf.
773. - Jannes, San.-Rat, Arzt des Kreispflegehauses in Eschweiler.
774. - Jannsen, Kreisarzt in Neuwied.
775. - Kessel, Kreisarzt in Rheinbach.
776. - Kettler, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Duisburg.
777. - Kirchgässser, Kreisarzt in Coblenz.
778. - Kirsch, prakt. Arzt in Aachen, staatsärztl. approb.
779. - Klein, Kreisarzt in St. Goar.
780. - Knepper, Landes-Medizinalrat in Düsseldorf.
781. - Knoll, Kreisarzt in Bernkastel.
782. - Koeppe, Med.-Rat, Kreisarzt in Zell (Mosel).
*783. - Kösler, Kreisarzt in Adenau.

784. Dr. Kohlmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Coblenz.
785. - Krause, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in München-Gladbach.
786. - Krautwig, Prof., ärztlicher Beigeordneter in Cöln.
787. - Kriege, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Barmen.
788. - Leers, Gerichtsarzt in Essen a. Ruhr.
789. - Lembke, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Duisburg.
790. - Ledermann, Med.-Rat, Kreisarzt in Saarbrücken.
791. - Lehmann, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Kgl. Regierung in Düsseldorf-Oberkassel.
792. - Lemhöfer, Kreisarzt in Remscheid.
793. - Linck, Kreisarzt in Mörs.
794. - Litterski, Med.-Rat, Kreisarzt in Mayen.
795. - Lohmer, Kreisarzt für Cöln-Mitte in Cöln.
796. - Longard, San.-Rat, Gerichtsarzt a. D. und Direktor des Fürst Carl-Landeshospitals in Sigmaringen.
797. - Mayer, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Simmern.
798. - Meder, Prof., Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Cöln.
799. - Meerbeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Mülheim (Rhein).
800. - Meye, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Düsseldorf-Oberkassel.
801. - Meyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Lennep.
802. - Müller, prakt. Arzt in Mettmann, staatsärztl. approb.
803. - Mosebach, Kreisarzt in Prüm.
804. - Neuhaus, Geh. San.-Rat, Landespsychiater und leitender Arzt d. Dep.-Anstalt für Geisteskranke in Düsseldorf.
805. - Niemeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuss.
806. - Orthmann, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Süchteln.
807. - Paffrath, Med.-Rat, Kreisarzt in Cleve.
*808. - Peren, Med.-Rat, Kreisarzt in Montjoie.
809. - Peretti, Prof., Geh. San.-Rat u. Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt in Düsseldorf-Grafenberg.
810. - Petersen, Kreisphysikus a. D. in Düsseldorf.
811. - Plempel, Gerichtsarzt in Cöln.
812. - Pollitz, Direktor der Königl. Strafanstalt in Düsseldorf.
813. - Prang, Kreisarzt in Bitburg (Bz. Trier).
814. - Racine, Geh. Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Essen (Ruhr).
815. - Reckmann, Kreisarzt in Geldern.
816. - Roeder, Med.-Rat, Kreisarzt in Vohwinkel.
817. - Roller, Med.-Rat, Kreisarzt in Trier.
818. - Rusak, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Cöln-Riehl.
819. - Savels, Assistent an der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Trier, staatsärztl. approb.
820. - Schelowsky, prakt. Arzt in Sterkrade, staatsärztl. approb.
821. - Schlecht, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Trier.
822. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Neunkirchen (Saar).
823. - Schmidt, Kreisassistenzarzt für Cöln-Nord in Cöln.
824. - Schmidt, prakt. Arzt in Oberhausen (Rhld.), staatsärztl. approb.
825. - Schmitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Aachen.
826. - Schrakamp, Med.-Rat, Stadt- u. Kreisarzt in Düsseldorf.
827. - Schopohl, Kreisarzt in Malmedy.

828. Dr. Schubert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cöln.
829. - Schuchhardt, Kreisarzt in Altenkirchen (Westerwald).
830. - Schüller, Stadtassistenzarzt in Düsseldorf.
831. - Schulte, Kreisarzt in Cochem.
832. - Schumacher, Kreisassistenzarzt in Trier.
833. - Schwabe, Reg.- u. Med.-Rat in Aachen.
834. - Schwass, Geh. Med.-Rat u. Hofrat, Regier.- u. Med.-Rat in Sigmaringen.
835. - Stauss, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Hechingen.
836. - Steinbach, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Beuel.
837. - Stoffels, Kreisarzt für Cöln-Land in Cöln.
838. - Stühlen, Kreisarzt in Aachen.
839. - Süssmann, Kreisarzt in Wipperfürth.
840. - Trembur, Stabs- u. Bataillonsarzt in Cöln, staatsärztl. approb.
841. - Thywissen, leitender Arzt der Heil- u. Pflegeanstalt „St. Josef" in Neuss, staatsärztl. approb.
842. - Tietz, Kreisarzt in St. Wendel.
843. - Ueberholz, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittlich.
844. - Ungar, ord. Hon.-Prof., Geh. Med.-Rat u. Gerichtsarzt in Bonn, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
845. - A. Vasen, Assistent am Hygienischen Universitäts-Institut in Bonn, staatsärztl. approb.
846. - Vieson, Med.-Rat, Kreisarzt in Merzig.
847. - Volkmuth, Med.-Rat, Kreisarzt in Saarburg.
848. - Vollmer, Kreisarzt in Kreuznach.
849. - Vollmer, Oberarzt, kommandiert an das städtische Krankenhaus Lindenburg in Cöln a. Rh., staatsärztl. approb.
850. - Wackers, Kreisarzt in Grevenbroich.
851. - Wagner, Kreisarzt in Saarlouis.
852. - Wege, Kreisarzt in Gummersbach.
853. - Wex, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Düren (Rhld.).
854. - Wildenrath, prakt. Arzt in Lobberich, staatsärztl. approb.,
855. - Windheuser, Kreisarzt in Daun.
856. - Wirsch, Med.-Rat, Kreisarzt in Bonn.
857. - Wodtke, Geh. Med.-Rat, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches in Saarbrücken.
858. - Wolff, Geh. Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Elberfeld.
859. - Woltemas, Med.-Rat, Kreisarzt in Solingen.

Ausserdem:

860. Dr. Bürger, prakt. Arzt in Mehlis (Thüringen), staatsärztl. approb.
861. - Chemnitz, Oberstabs- und Regimentsarzt in Weimar, staatsärztl. approb.
862. - Joesten, Josef, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.
863. - Kruse, Geh. Med.-Rat, Professor und Direktor des hygienischen Instituts in Leipzig.
864. - Müller, Oberstabs- und Regimentsarzt in Güstrow (Mecklenburg), staatsärztl. approb.

865. Dr. Pfeffer, Kreisarzt a. D. in Pfeddersheim (Kr. Worms).
866. - Schulze, prakt. Arzt in Zerbst, staatsärztl. approb.
867. - Strecker, prakt. Arzt in Waren, staatsärztl. approb.
868. - Viereck, Stabs- und Batls.-Arzt in Mainz, staatsärztl. approb.

B. Königreich Bayern.

1. Oberbayern.

869. Dr. Angerer, Bezirksarzt in München.
870. - Arendts, Frauenarzt in München, staatsärztl. approb.
871. - Auer, Bezirksarzt in Rosenheim.
872. - Aumüller, Bezirksarzt in Garmisch.
873. - Becker, Karl, Bezirksarzt u. ständiger Stellvertreter des Landgerichtsarztes in München.
874. - Bihler, Bezirksarzt u. Gefängnisarzt in München.
875. - Bredauer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Wolfratshausen.
876. - Brinsteiner, Bezirksarzt in Landsberg (Lech).
877. - Brodführer, Krankenhausarzt in Schliersee (Oberbayern).
878. - v. Dall'Armi, Med.-Rat, Bezirksarzt in München.
879. - Dieudonnè, Prof., Ministerialrat im Staatsministerium des Innern in München.
880. - Dollmann, Ohrenarzt in München, staatsärztl. approb.
881. - Dorffmeister, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in München.
882. - Eisenhofer, Bezirksarzt in Mühldorf.
883. - Erdt, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in München.
884. - Erhard, Bezirksarzt in Aichach.
885. - Erras, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Kolbermoor, staatsärztl. approb.
886. - Fortner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bad Tölz.
887. - Gaill, Bezirksarzt a. D. in München.
888. - Gessele, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Traunstein, staatsärztl. approb.
889. - Götz, Herrmann, prakt. Arzt und Anstaltsarzt in Aichach, staatsärztl. approb.
890. - v. Grashey, Geheimer Rat, Ministerialrat a. D. in München.
891. - Grassler, Bezirksarzt in Berchtesgaden.
892. - Grüb, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Freising.
893. - Hartmann, Bezirksarzt in Pfaffenhofen (Ilm).
894. - Hausladen, prakt. Arzt in Schäftlarn, staatsärztl. approb.
895. - Hausmann, Bezirksarzt in Dachau.
896. - Heiss, Adolf, Krankenhausarzt in Starnberg, staatsärztl. appr.
897. - Henkel, Med.-Rat, ordentl. Mitglied des Obermedizinalausschusses u. Bezirksarzt in München.
898. - Hermann, Friedrich Anton, Landgerichtsarzt in München.
899. - Hösch, Hugo, Oberarzt am Distrikts-Krankenhaus in Pasing.
900. - Hösch, Paul, Assistenzarzt am Distrikts-Krankenhaus in Pasing.
901. - Hofmeister, prakt. Arzt in Oberschleißheim, Post: Schleißheim, staatsärztl. approb.
902. - Imhof, prakt. Arzt in Marktschellenberg, Post: Schellenberg (Oberbayern), staatsärztl. approb.

903. Dr. Jourdan, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.
904. - Kerschensteiner, Bahnarzt in Holzkirchen (Oberbayern), staatsärztl. approb.
905. - Kirsch, Christian, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Aubing b. München, staatsärztl. approb.
906. - Knorz, prakt. Arzt u. Krankenhausarzt in Prien, staatsärztl. approb.
907. - Krebs, Bezirksarzt in Bad Aibling.
908. - Krembs, Bahnarzt in München, staatsärztl. approb.
909. - Lacher, Hofrat u. prakt. Arzt in Berchtesgaden, staatsärztl. appr.
910. - Martius, Bezirksarzt in München.
911. - Marzell, Med.-Rat, Bezirksarzt in München.
912. - Maul, prakt. Arzt in Rosenheim, staatsärztl. approb.
913. - Mayer, Wilhelm, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.[1])
914. - Müller, Jos. Ludwig, prakt. Arzt in Berg a. Laim, staatsärztl. approb.
915. - Neumüller, Bezirksarzt in Laufen (Oberbayern).
916. - Oberweiler, Bezirksarzt in Wasserburg (Inn).
917. - Pallikan, Paul, Polizeiarzt in München.
918. - Petritschek, Jos., Spezialarzt für Chirurgie in München, staatsärztl. approb.
919. - Pfeiffer, Landgerichtsarzt in Traunstein.
920. - Putscher, Bezirksarzt in Schongau.
921. - Rauh, Bezirksarzt in Erding.
922. - Richter, außerordentl. Professor der gerichtl. Medizin und Landgerichtsarzt in München.
923. - Schmid, Johann, Bezirksarzt in Altötting.
924. - Schmid, Otto, prakt. Arzt in Freising, staatsärztl. approb.
925. - Schmitz, Bezirksarzt in Starnberg.
926. - Schön, Bezirksarzt in Ingolstadt.
927. - Schöppner, Ludwig, Bezirks- u. Bahnarzt in Friedberg (Bayern).
928. - Schrank, Bezirksarzt in Ebersberg.
929. - Schweinberger, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Traunstein.
930. - Steudemann, Albert, Polizeiarzt in München.
931. - Stritzl, prakt. Arzt in Dorfen, staatsärztl. approb.
932. - Utzschneider, Knappschafts-, Krankenhaus- u. Bahnarzt in Unterpeißenberg, Post: Peißenberg.
933. - Weckerle, Bezirksarzt in Traunstein.
934. - Weiss, Theobald, Med.-Rat., Bezirksarzt in Miesbach.
935. - Wiest, Franz, prakt. Arzt u. Krankenhausarzt in Lenggries, staatsärztl. approb.
936. - Wurm, Stephan, bezirksärztl. Stellvertr. in Haag (Oberbayern).
937. - Zantl, Med.-Rat., Bezirksarzt in Weilheim.
938. - Zoellner, Bezirksarzt in Bruck (Fürstenfeld).

2. Niederbayern.

939. Dr. Aldinger, Bezirksarzt in Viechtach.
940. - Bayerl, Landgerichtsarzt in Deggendorf.

[1]) Inzwischen verstorben.

941. Dr. Bernhuber, Bezirksarzt in Landau (Isar).
942. - Bernhuber, Bezirksarzt in Vilsbiburg.
943. - Clarus, Bahnarzt in Hauzenberg.
944. - Eder, Bezirksarzt in Grafenau.
945. - Fest, Anton, Bezirksarzt in Dingolfing.
946. - Fischer, Distriktskrankenhausarzt in Hutthurm.
947. - Fuchs, Bezirksarzt a. D. in Dingolfing.
948. - Gebhardt, Bezirksarzt in Landshut.
949. - Glassschröder, prakt. Arzt in Lam, staatsärztl. approb.
950. - Grahamer, Karl, Landgerichtsarzt in Landshut.
951. - Hingsamer, jun., prakt. Arzt in Passau, staatsärztl. approb.
952. - Hoepfl, Bezirksarzt in Rottenburg (Laaber).
953. - Karl, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Deggendorf, staatsärztl. approb.
954. - Kraus, Bezirksarzt in Deggendorf.
955. - Kufner, Landgerichtsarzt in Passau.
956. - Kundt, Med.-Rat, Direktor der Kreisirrenanstalt in Deggendorf.
957. - Maas, Bezirksarzt in Wegscheid (Niederbayern).
958. - Mirtlsperger in Mallersdorf.
959. - Müller, Otto, Bezirksarzt in Bogen.
960. - Neidhardt, Reg.- u. Med.-Rat in Landshut.
961. - Niedermaier, Bezirksarzt in Pfarrkirchen.
962. - Probst, Bezirksarzt in Kötzting.
963. - Rittmayer, Gg. Fr., Bezirksarzt in Mainburg.
964. - Rothhammer, Bezirksarzt in Griesbach (Niederbayern).
965. - Rüth, bezirksärztl. Stellvertreter in Osterhofen.
966. - Scheiber, Oberarzt an der Heilanstalt Mainkofen, Post: Hengersberg, staatsärztl. approb.
967. - Schnell, Georg, prakt. Arzt in Schönberg (Niederbayern), staatsärztl. approb.
968. - Schrott, Adolf, bezirksärztl. Stellvertreter in Arnstorf.
969. - Schub, Bezirksarzt in Vilshofen (Niederbayern).
970. - Schütz, Bezirksarzt in Straubing.
971. - Sitzberger, Alois, Bezirksarzt in Eggenfelden.
972. - Steinhuber, Bezirksarzt in Passau.
973. - Weber, Emanuel, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kelheim.
974. - Westermayer, Bezirksarzt in Freyung v. Wald.
975. - Zängerle, prakt. Arzt in Landshut, staatsärztl. approb.
976. - Zwicknagl, Max, Bezirksarzt in Regen (Nordbayern).

3. Pfalz.

977. Dr. Alafberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ludwigshafen (Rhein).
978. - Bayersdörfer, San.-Rat, in Neustadt (Haardt), staatsärztl. approb.
979. - Becker, Georg, Bezirksarzt in Kirchheimbolanden.
980. - Becker, Karl, prakt. Arzt in Speyer, staatsärztl. approb.
981. - Boyé, prakt. Arzt in Kirchheimbolanden, staatsärztl. approb.
982. - Clessin, Oskar, Bezirksarzt in Germersheim.
983. - Dehler, Oberarzt der Abteilung für körperliche Kranke der Kreiskranken- u. Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz), staatsärztl. approb.

984. Dr. Demuth, Ob.-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Speyer.
985. - Detzel, Bezirksarzt in Rockenhausen.
986. - Dischinger, Bezirksarzt in Bergzabern.
987. - Dreyfuss, Bezirksarzt in Frankenthal (Pfalz).
988. - Eccard, Direktor der Kreiskranken- u. -Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz).
989. - Eller, prakt. Arzt in Grünstadt, staatsärztl. approb.
990. - Faber, Landgerichtsarzt in Zweibrücken.
991. - Fiedler, prakt. Arzt in Landstuhl, staatsärztl. approb.
992. - Fleischmann, prakt. Arzt in Bad Dürkheim, staatsärztl. approb.
993. - Frank, Bezirksarzt in Zweibrücken.
994. - Frantz, Landgerichtsarzt in Frankenthal (Pfalz).
995. - Hahn, prakt. Arzt in Niederkirchen b. Kaiserslautern, staatsärztlich approb.
996. - Hennig, bezirksärztl. Stellvertreter in Winnweiler.
997. - Hoermann v. Hörbach, Med.-Rat, Bezirksarzt in Speyer.
998. - v. Hösslin, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Landau (Pfalz).
999. - Karrer, Med.-Rat u. Direktor der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster.
1000. - Kaufmann, Sally, Hofrat in Bad Dürkheim, staatsärztl. appr.
1001. - Kern, prakt. Arzt in Pirmasens, staatsärztl. approb.
1002. - Koch, Phil., prakt. Arzt in Waldmohr, staatsärztl. approb.
1003. - Kühn, Med.-Rat, Bezirks- u. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern.
1004. - Lehner, prakt. Arzt in Frankenthal (Pfalz), staatsärztl. approb.
1005. - Mann, Bezirksarzt in Pirmasens.
1006. - Müller, Max, Bezirksarzt in Homburg (Pfalz).
1007. - Offensberger, prakt. Arzt in Oggersheim, staatsärztl. approb.
1008. - Pfister, Spezialarzt für Chirurgie in Pirmasens, staatsärztl. approb.
1009. - Plauth, Bezirksarzt in Kusel (Pfalz).
1010. - Rausch, prakt. Arzt in Zweibrücken, staatsärztl. approb.
1011. - Schmidt, Georg, Bezirksarzt in Nabburg (Pfalz).
1012. - Schmidt, Gottfried, Oberstabsarzt a. D. in Bad Dürkheim, staatsärztl. approb.
1013. - Schmitt, Eduard, prakt. Arzt in Edesheim, staatsärztl. approb.
1014. - Spenkuch, Med.-Rat, Bezirksarzt in Neustadt (Haardt).
1015. - Spies, Bezirksarzt in Bad Dürkheim.
1016. - Stark, Friedrich, prakt. Arzt in Neustadt (Haardt), staatsärztl. approb.
1017. - Steigelmann, Lud., prakt. Arzt in Rhodt (Pfalz), staatsärztl. approb.
1018. - Stölzl, Physikats-Assistent in Ludwigshafen.
1019. - Vogt jun., Heinrich, prakt. Arzt in Kandel, staatsärztl. approb.
1020. - Weber, Jakob, prakt. Arzt in Kaiserslautern, staatsärztl. approb.
1021. - Weigl, Polizeiarzt, kommandiert an die bakteriologische Untersuchungsstelle in Landau.
1022. - Wunder, bezirksärztl. Stellvertreter in Wolfstein.
1023. - Zimmer, Ernst, Hausarzt an der Königl. Strafanstalt in Altenglan, staatsärztl. approb.

1024. Dr. Zorn, Bezirks- und Landgerichtsarzt in Frankenthal (Pfalz).
1025. - Zwecker, bezirksärztl. Stellvertreter in Waldfischbach.

4. Oberpfalz.

1026. Dr. Bauer, Philipp, Bezirksarzt in Neunburg v. Wald.
1027. - Beer, Hütten- u. Bahnarzt in Bodenwöhr, staatsärztl. approb.
1028. - Betz, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Beilngries, staatsärztl. approb.
1029. - Boecale, Med.-Rat, Bezirksarzt in Regensburg.
1030. - Brusius, bezirksärztl. Stellvertreter in Erbendorf.
1031. - Bunz, prakt. Arzt in Regensburg, staatsärztl. approb.
1032. - Burgl, Reg.- und Med.-Rat in Regensburg.
1033. - Deppisch, Bezirksarzt in Cham.
1034. - Entres, Josef, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Weiden.
1035. - Enzensberger, Bezirksarzt in Kemnath.
1036. - Geiger, Bezirksarzt in Eschenbach.
1037. - Gmehling, Bezirksarzt in Burglengenfeld.
1038. - Grundler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Neumarkt (Oberpfalz).
1039. - Herrich-Schäfer, prakt. Arzt in Regensburg, staatsärztl. approb.
1040. - Höfer, Bezirksarzt in Parsberg.
1041. - Hofhammer, Bezirksarzt in Waldmünchen.
1042. - Kaspar, Bezirksarzt in Neustadt (Waldnaab).
1043. - Ketterl, Peter, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Cham, staatsärztl. approb.
1044. - Kohler, Bezirksarzt in Vohenstrauß.
1045. - Kraus, Franz, prakt. Arzt in Pfakofen, staatsärztl. approb.
1046. - Krinner, prakt. Arzt in Waldmünchen, staatsärztl. approb.
1047. - Luckinger, Med.-Rat, Landgerichts- u. Bahnarzt in Regensburg.
1048. - Mayer, Ferdinand, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Amberg.
1049. - Nothaass, Franz, Bezirksarzt in Roding.
1050. - Ochsenkühn, Jos., bezirksärztl. Stellvertreter in Schwandorf.
1051. - Ritter, Bezirksarzt in Oberviechtach.
1052. - Schäfer, Med.-Rat, Bezirksarzt u. Hausarzt an der Gefangenanstalt in Sulzbach (Oberpfalz).
1053. - Steichele, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Amberg.
1054. - Steininger, Bezirksarzt in Stadtamhof.
1055. - Steudel, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Regensburg.
1056. - Thenn, Med.-Rat, Bezirksarzt in Beilngries.
1057. - Zeitler, Fritz, prakt. Arzt in Wörth (Donau), staatsärztl. appr.

5. Oberfranken.

1058. Dr. Blumm, Bahnarzt in Bayreuth, staatsärztlich approb.
1059. - Buck, Bezirksarzt in Forchheim (Bayern).
1060. - Bullinger, prakt. Arzt in Burgkundstadt, staatsärztl. approb.
1061. - Dietsch, Bezirksarzt in Hof (Saale).
1062. - Ernst, Bezirksarzt in Teuschnitz.
1063. - Flasser, Bezirksarzt in Pegnitz.
1064. - Franke, Hans, bezirksärztl. Stellvertreter u. Krankenhausarzt in Kirchenlamitz.

1065. Dr. Fritz, Oberarzt der Kreisirrenanstalt in Bayreuth.
1066. - Göttling, Direktor der Entbindungsanstalt und Hebammenschule in Bamberg.
1067. - Günther, Bezirksarzt in Höchstadt (Aisch).
1068. - Heissler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bayreuth.
1069. - Hinker, Bezirksarzt in Rehau.
1070. - Hofmann, A., Bezirksarzt in Naila.
1071. - Huber, Richard, prakt. Arzt in Brand b. Markt-Redwitz, staatsärztl. approb.
1072. - Kahlert, prakt. Arzt in Hof (Saale), staatsärztl. approb.
1073. - Köhl, prakt. Arzt in Naila, staatsärztl. approb.
1074. - Kreß, Arzt an der Gefangenenanstalt in Bayreuth.
1075. - Kröhl, bezirksärztl. Stellvertreter in Schesslitz.
1076. - Löffler, Franz, Bezirksarzt in Bamberg.
1077. - Lucas, Bezirksarzt in Staffelstein.
1078. - Mayr, Ludwig, Bezirksarzt in Ebermannstadt.
1079. - Meixner, prakt. Arzt in Lichtenfels, staatsärztl. approb.
1080. - Miller, Max, Landgerichtsarzt in Bayreuth.
1081. - Moeges, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Tirschenreuth.
1082. - Oberhofer, Michael, Krankenhausarzt in Hollfeld, staatsärztl. approb.
1083. - Obermayr, Reg.- u. Med.-Rat in Bayreuth.
1084. - Pürckhauer, Bezirksarzt in Dinkelsbühl.
1085. - Russ, Landgerichtsarzt in Hof (Saale).
1086. - Sauerteig, Bezirksarzt in Münchberg.
1087. - Scharff, prakt. Arzt in Wunsiedel, staatsärztl. approb.
1088. - Schneller, Bezirksarzt in Bamberg.
1089. - Schoepp, Max, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kronach.
1090. - Schrön, prakt. Arzt in Weidenberg, staatsärztlich approb.
1091. - Seidl, Ludwig, Bezirksarzt in Kulmbach.
1092. - Stix, Hans, prackt. Arzt in Kulmbach, staatsärztl. approb.
1093. - Uebl, Bezirksarzt in Berneck (Oberfranken).
1094. - Wild, Bezirksarzt in Wunsiedel.
1095. - Zeitler, Conrad, Med.-Rat, Bezirksarzt und Arzt an der Königl. Strafanstalt in Ebrach.
1096. - Zeitlmann, Bezirksarzt in Stadtsteinach.
1097. - Zinn, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bamberg.
1098. - Zorn, Friedrich, Bezirksarzt in Lichtenfels.

6. Mittelfranken.

1099. Dr. Albrecht, prakt. Arzt in Scheinfeld, staatsärztl. approb.
1100. - Aschenbrenner, Bezirksarzt in Weißenburg (Bayern).
1101. - Bandel, Physikatsassistent und Schularzt in Nürnberg.
1102. - Barthel, Theod., Nervenarzt in Georgensgmünd, staatsärztl. approb.
1103. - Bauer, Bezirksarzt in Hilpoltsheim.
1104. - Baumann, Landgerichtsarzt in Fürth (Bayern).
1105. - Bischoff, Bezirksarzt in Erlangen.
1106. - Burkhard, landgerichtl. Phys.-Assistent in Nürnberg.

1107. Dr. Desing, prakt. Arzt in Mörnsheim, staatsärztl. approb.
1108. - Dürigg, Bahnarzt in Feucht bei Nürnberg.
1109. - v. Ebner, Freiherr, Schularzt u. Physikatsassistent in Nürnberg.
1110. - Eidam, Med.-Rat, Bezirksarzt in Gunzenhausen.
1111. - Federschmidt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.
1112. - Glauning, Bahnarzt in Nürnberg, staatsärztl. approb.
1113. - Göhring, Bezirksarzt in Rothenburg ob d. Tauber.
1114. - Goppelt, prakt. Arzt in Treuchtlingen, staatsärztl. approb.
1115. - Haass, bezirksärztl. Stellvertr. u. Bahnarzt in Altdorf b. Nürnberg.
1116. - Hagen, bezirksärztl. Stellvertreter und Oberstabsarzt a. D. in Windsheim.
1117. - Heim, Professor der Hygiene in Erlangen.
1118. - Hertel, Bezirksarzt in Scheinfeld.
1119. - Heydner, prakt. Arzt in Obernzenn, staatsärztl. approb.
1120. - Hofmann, Heinr., Bezirksarzt in Uffenheim.
1121. - Illing, bezirksärztlicher Stellvertreter in Neustadt (Aisch).
1122. - Knehr, Heinrich, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
1123. - Kreuz, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
1124. - Kunz, Arzt an der Gefangenenanstalt in Lichtenau (Mittelfranken).
1125. - Lauer, Bezirksarzt in Schwabach.
1126. - Mayer, Carl, Bezirksarzt und Bahnarzt in Hersbruck.
1127. - v. Merkel, Gottlieb, Ober-Med.-Rat u. Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.
1128. - Merkel, Herm., außerordentl. Professor für gerichtl. Medizin u. Suppleant des Medizinalkomites in Erlangen.
1129. - Merkel, Sigmund, Bezirksarzt in Nürnberg.
1130. - Miller, Eugen, Reg.- u. Med.-Rat in Ansbach.
1131 - Minderlein, Friedr., prakt. Arzt in Gunzenhausen, staatsärztl. approb.
1132. - Palmedo, bezirksärztl. Stellvertreter u. Bahnarzt in Roth bei Nürnberg.
1133. - Raab, Wilhelm, Bezirksarzt in Ansbach.
1134. - Reichold, bezirksärztl. Stellvertr. u. Bahnarzt in Lauf a. Pegnitz.
1135. - Schelle, Bezirksarzt in Neustadt (Aisch).
1136. - Schirmer, Bezirksarzt in Eichstätt.
1137. - Schlier, Bezirksarzt in Lauf a. Pegnitz.
1138. - Schwink, Landgerichtsarzt in Ansbach.
1139. - Seiderer, Bezirksarzt in Feuchtwangen.
1140. - Spaet, Franz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Fürth (Bayern).
1141. - Stark, Emil, Stadtarzt in Fürth (Bayern).
1142. - Frhr. v. Thon-Dittmer, Landgerichtsarzt in Eichstätt.
1143. - Weber, Jakob, prakt. Arzt in Hösbach, staatsärztl. approb.
1144. - Wetzel, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.

7. Unterfranken.

1145. Dr. Baumgart, Med.-Rat, Bezirksarzt in Miltenberg.
1146. - Becher, prakt. Arzt in Schöllkrippen, staatsärztl. appr.
1147. - Behr, Valentin, prakt. Arzt in Würzburg, staatsärztl. approb.

1148. Dr. **Braun**, Adolf, prakt. Arzt in Bergtheim bei Würzburg, staatsärztl. approb.
1149. - **Braun**, Lorenz, Bezirksarzt in Königshofen i. Grabfeld.
1150. - **Braun**, Rud., Bezirksarzt in Kitzingen.
1151. - **Brugger**, Bezirksarzt in Ochsenfurt.
1152. - **Daxenberger**, Bezirksarzt in Brückenau.
1153. - **Dielmann**, prakt. Arzt in Schweinfurt, staatsärztl. approb.
1154. - **Dietrich**, bezirksärztl. Stellvertreter, Bahnarzt u. Postarzt in Arnstein (Unterfranken).
1155. - **Fink**, Bezirksarzt in Neustadt (Saale).
1156. - **Gutermann**, Bezirksarzt in Alzenau.
1157. - **Heilmeier**, Oskar, prakt. Arzt in Würzburg, staatsärztl. appr.
1158. - **Herberich**, Arzt der Idiotenanstalt in Gemünden (Unterfranken), staatsärztl. approb.
1159. - **Hock**, prakt. Arzt in Karlstadt, staatsärztl. approb.
1160. - **Hoechstätter**, bezirksärztl. Stellvertreter und Bahnarzt in Stadtprozelten.
1161. - **Hoerger**, Bezirksarzt in Marktheidenfeld.
1162. - **Hofmann**, Franz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Würzburg.
1163. - **Hofmann**, Theod., Bezirksarzt in Mellrichstadt.
1164. - **Hohenberger**, Bezirksarzt in Haßfurt.
1165. - **Kihn**, Bezirksarzt in Würzburg.
1166. - **Körber**, Med.-Rat, Bezirks- u. Zuchthausarzt in Würzburg.
1167. - **Kundmüller**, Bezirksarzt in Hofheim.
1168. - **Lill**, Hans, prakt. Arzt, in Dettelbach, staatsärztl. approb.
1169. - **Löffler**, Max, Landgerichtsarzt in Aschaffenburg.
1170. - **Lorentz**, prakt. Arzt in Aschaffenburg, staatsärztl. approb.
1171. - **Maar**, Bezirksarzt in Kissingen.
1172. - **Mangelsdorff**, Bezirksarzt in Gemünden (Unterfranken).
1173. - **Oschmann**, Benno, prakt. Arzt in Hammelburg, staatsärztl. approb.
1174. - **Oschmann**, Max, bezirksärztl. Stellvertreter in Euerdorf (Unterfranken).
1175. - **Oschmann**, Josef, prakt. Arzt in Gräfendorf, staatsärztl. appr.
1176. - **Preisendoerfer**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Lohr.
1177. - **Schmeißner**, prakt. Arzt in Volkach, staatsärztl. approb.
1178. - **Schultz**, Eduard, Landgerichtsarzt in Schweinfurt.
1179. - **Stappel**, Bezirksarzt in Obernburg.
1180. - **Stengel**, Hans, Physikatsassistent in Würzburg.
1181. - **Stickl**, Bezirksarzt in Ebern.
1182. - **Stumpf**, Prof., Med.-Rat u. Landgerichtsarzt in Würzburg.
1183. - **Thiel**, prakt. Arzt in Karlstadt, staatsärztl. approb.
1184. - **Trzetziak**, Bezirksarzt in Karlstadt.
1185. - **Wander**, bezirksärztl. Stellvertreter in Dettelbach.
1186. - **Weber**, Klemens. Bezirksarzt in Schweinfurt.
1187. - **Welte**, prakt. Arzt in Saal (Saale), staatsärztl. approb.
1188. - **Werner**, Paul, Bezirksarzt in Gerolzhofen.
1189. - **Winsauer**, Bahn- u. Hofarzt in Kleinheubach, staatsärztl. appr.
1190. - **Winterstein**, Wilh., prakt. Arzt u. Bahnarzt in Brückenau, staatsärztl. approb.

8. Schwaben.

1191. Dr. Beltinger, prakt. Arzt in Nördlingen, staatsärztl. approb.
1192. - Bergmann, Bezirksarzt in Zusmarshausen.
1193. - Böhm, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Augsburg.
1194. - Borger, Bezirksarzt in Illertissen (Schwaben).
1195. - Bschorer, Bezirksarzt in Memmingen.
1196. - Büller, Bezirksarzt in Neuburg (Donau).
1197. - Dorsch, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Donauwörth, staatsärztl. approb.
1198. - Drossbach, Bezirksarzt in Mindelheim.
1199. - Eckert, Fritz, prakt. Arzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
1200. - Endres, Alois, prakt. Arzt in Bidingen, staatsärztl. approb.
*1201. - Frickhinger, Bezirksarzt in Augsburg.
1202. - Gast, prakt. Arzt in Immenstadt, staatsärztl. approb.
1203. - Gierer, prakt. Arzt in Fischach, staatsärztl. approb.
1204. - Glenk, prakt. Arzt in Buchloe, staatsärztl. approb.
1205. - Grassl, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kempten (Algäu).
1206. - Gros, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Schwabmünchen.
1207. - Heinsen, Landgerichtsarzt in Augsburg.
1208. - Hug, Bezirksarzt in Donauwörth.
1209. - Keller, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Heimenkirch, staatsärztl. approb.
1210. - Kienningers, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Sonthofen.
1211. - Klemz, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Memmingen.
1212. - Krämer, Bezirksarzt in Nördlingen.
1213. - Lüst, Bezirksarzt in Kaufbeuren.
1214. - Mackh, prakt. Arzt in Nördlingen, staatsärztl. approb.
1215. - Mädl, prakt. Arzt in Kempten (Algäu), staatsärztl. approb.
1216. - Maier, Wilh., prakt. Arzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
1217. - Medicus, Franz, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Bobingen, staatsärztl. approb.
1218. - Mützel, prakt. Arzt in Krumbach (Schwaben), staatsärztl. appr.
1219. - Nothaass, Leonhard, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Günzburg.
1220. - Redenbacher, Landgerichtsarzt in Kempten (Algäu).
1221. - Rohmer, Bezirksarzt in Lindau (Bodensee).
1222. - Rüdinger, bezirksärztl. Stellvertreter in Weissenhorn.
1223. - Schenk, bezirksärztl. Stellvertr. in Babenhausen (Schwaben).
1224. - Scheppach, prakt. Arzt in Donauwörth, staatsärztl. approb.
1225. - Schmid, Valentin, Hilfsarzt d. Landgerichtsarztes in Augsburg.
1226. - Schmitt, Josef, Bezirksarzt in Wertingen.
1227. - Schmitt, Josef, Bezirksarzt in Füßen.
1228. - Schröfl, prakt. Arzt in Wertingen, staatsärztl. approb.
1229. - Schuster, Polizeiarzt in Augsburg.
1230. - Seelos, Bezirksarzt in Markt-Oberdorf (Schwaben).
1231. - Sell, Josef, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Dillingen (Donau).
1232. - Sendtner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Augsburg.
1233. - Sesar, Friedr., prakt. Arzt in Füßen, staatsärztl. approb.
1234. - Spiegel, Polizeiarzt in Augsburg.
1235. - Steidle, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Kempten (Algäu), staatsärztl. approb.

1236. Dr. Steindl, prakt. Arzt u. Anstaltsarzt in Rain a. Lech, staatsärztl, approb.
1237. - Stömmer, Otto, Bezirksarzt in Dillingen (Donau).
1238. - Utz, Christian, Reg.- u. Med.-Rat in Augsburg.
1239. - Viernstein, prakt. Arzt u. Hausarzt der Strafanstalt in Kaisheim, staatsärztl. approb.
1240. - Vogl, prakt. Arzt in Kottern, staatsärztl. approb.
1241. - Vogler, Bezirksarzt in Krumbach (Schwaben).
1242. - Waibel, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Kempten (Algäu).
1243. - Wallner, ärztlicher Hilfsarbeiter im Staatsministerium des Innern in München.
1244. - Wiedemann, Bezirksarzt in Neu-Ulm.
1245. - Wille, Chirurg und Frauenarzt in Kaufbeuren.
1246. - Wollenweber, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Neuburg (Donau).
1247. - Würth, Fritz, prakt. Arzt in Jettingen, staatsärztl. approb.

Außerdem:

1248. - Holländer, Reg.-Rat in Gobabis (Deutsch-Südwestafrika).

C. Königreich Sachsen.

1249. Dr. Boeters, Bezirksarzt in Döbeln.
1250. - Böttcher, Anstaltsbezirksarzt in Hohnstein (Sächs. Schweiz).
1251. - Brink, Med.-Rat, Bezirksarzt in Frankenberg (Sachsen).[1]
1252. - Endler, Bezirksarzt in Dippoldiswalde.
1253. - Erler, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Meissen.
1254. - Facilides, San.-Rat u. Gerichtsarzt in Plauen (Vogtland).
*1255. - Flinzer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Plauen (Vogtland).
1256. - Gelbke, Ober-Med.-Rat u. medizinischer Beirat bei der Kreishauptmannschaft in Chemnitz.
1257. - Geyer, Landgerichtsarzt in Zwickau (Sachsen).
1258. - Hänsel, Gerichtsarzt in Chemnitz.
1259. - Harms, Bezirksarzt in Annaberg (Erzgeb.),
1260. - Hauffe, Stadtbezirksarzt in Chemnitz.
1261. - Hertzsch, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Leipzig.
1262. - Heyn, Bezirksarzt in Kamenz (Sachsen).
1263. - Holz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Leipzig-Gohlis.
1264. - Ilberg, Ober-Med.-Rat, Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt Sonnenstein, Post: Pirna.
1265. - Kindler, Bezirksarzt in Flöha (Sachsen).
1266. - Kindt, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Grimma.
1267. - Klengel, Stadtarzt in Leipzig.
1268. - Klotz, Bezirksarzt in Zwickau (Sachsen).
1269. - Kockel, a. o. Professor, Direktor des Instituts für gerichtl. Medizin in Leipzig.
1270. - Lehmann, Chefarzt der Piersonschen Privat-Heilanstalt in Coswig (Sachsen).
1271. - Lehmann, Geh. Med.-Rat, Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt in Dösen bei Leipzig, Post: Probstheida.

[1]) Inzwischen verstorben.

1272. Dr. Leonhardt, Stadtbezirksarzt in Dresden.
1273. - Lutze, Bezirksarzt in Oschatz.
1274. - v. Mücke, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Zittau (Sachsen).
1275. - Müller, Anstaltsbezirksarzt in Stollberg (Erzgeb.).
1276. - Neumeister, Bezirksarzt in Borna (Bz. Leipzig).
1277. - Petzholdt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pirna.
1278. - Pötter, Med.-Rat, Stadtbezirksarzt in Leipzig, Leipzig-Lindenau.
1279. - Rechholtz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiberg (Sachsen).
1280. - Richter, San.-Rat, Gerichtsassistenzarzt in Leipzig.
1281. - Sauer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bautzen.
1282. - Schmidt, Bezirksarzt in Oelsnitz (Vogtland).
1283. - Schroeter, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Auerbach (Vogtland).
1284. - v. Schroeter, Bezirksarzt in Rochlitz (Sachsen).
1285. - Stahl, Bezirksarzt in Großenhain.
1286. - v. Stieglitz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Löbau (Sachsen).
1287. - Streit, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat bei der Kreishauptmannschaft in Dresden.
1288. - Thiersch, Med.-Rat, Bezirksarzt in Dresden.
1289. - Thilo, Stadtarzt in Chemnitz.
1290. - Tietze, Bezirksarzt in Schwarzenberg (Sachsen).
1291. - Uhle, Stadtbezirksarzt in Zwickau (Sachsen).
1292. - Wengler, Bezirksarzt in Glauchau.
1293. - Werner, Bezirksarzt in Dresden-Blasewitz.
1294. - Zehlert, Med.-Rat, Bezirksarzt in Chemnitz.

D. Königreich Württemberg.

1295. Dr. Andrassy, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Böblingen.
1296. - Baur, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Blaubeuren.
1297. - Beck, Stadtarzt u. Oberamtswundarzt in Ludwigsburg.
1298. - Breit, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Stuttgart.
1299. - Bubenhofer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Vaihingen (Enz).
1300. - Buder, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Winnental, Post Winnenden.
1301. - Camerer, Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
1302. - Cuhorst, Oberamtswundarzt in Künzelsau.
1303. - Drachter, Oberamtsarzt in Crailsheim.
1304. - Engelhorn, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Göppingen.
1305. - Essig, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ravensburg.
1306. - Finckh, Oberamtsarzt in Tettnang.
1307. - Foehr jr., Oberamtsarzt in Marbach.
1308. - Fricker, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Nagold.
1309. - Fröhner, Oberamtsarzt in Balingen.
1310. - Gastpar, Prof., Stadtarzt in Stuttgart.
1311. - Gaupp, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Schorndorf.
1312. - Georgii, Oberamtsarzt in Geislingen (Steige).
1313. - Gnant, Oberamtsarzt in Ellwangen.
1314. - Groß, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Schussenried.

1315. Dr. Gutekunst, Oberarzt an der Kgl. Heil- u. Pflegeanstalt in Weißenau (Württ.).
1316. - Haag, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Heilbronn (Neckar).
1317. - Haaga, Oberamtsarzt in Aalen (Württ.).
1318. - Habermaas, Med.-Rat, ärztl. Vorstandsmitglied der Landes-Versicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart.
1319. - Haffner, Oberamtsarzt in Langenburg Württ.).
1320. - Härlin, Oberamtsarzt in Neuenbürg.
1321. - Heller, Med.-Rat. Oberamtsarzt in Backnang.
1322. - Herrmann, Oberamtsarzt in Sulz (Neckar).
1323. - Höring, Hofrat, Oberamtsarzt a. D. in Stuttgart.
1324. - Hoffmann, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Zwiefalten (Württ.).
1325. - Jäger, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ulm (Donau).
1326. - Kästle, Oberamtsarzt in Wangen (Allgäu).
1327. - Kemmler, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Weinsberg.
1328. - Kern, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Künzelsau.
1329. - Koch, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Schussenried.
*1330. - Köstlin, Ober-Med.-Rat, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart.
1331. - Kohlhaas, Ober-Med.-Rat, Mitglied des Mediz.-Kollegiums in Stuttgart.
1332. - Kommerell, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Cannstadt.
1333. - Krähmer, Oberamtswundarzt in Geislingen (Steige).
1334. - Krauss, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Kirchheim-Teck.
1335. - Kreuser, Med.-Rat und Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Winnental, Post: Winnenden.
1336. - Krimmel, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weißenau (Württ.).
1337. - Kurrer, Oberamtsarzt in Horb (Neckar).
1338. - Lechler, Oberamtsarzt in Herrenberg.
1339. - Lieb, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Freudenstadt.
1340. - Ludwig, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Leonberg (Württ.).
1341. - Luib, Oberamtsarzt in Mergentheim.
1342. - Lutz, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Saulgau.
1343. - Maier, Oberamtswundarzt in Sulz (Neckar).
1344. - Maisch, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Oehringen.
1345. - Mayer, Oberamtswundarzt in Tettnang.
1346. - Mayer, Oberamtsarzt in Münsingen (Württ.).
1347. - Missmahl, Med.-Rat., Oberamtsarzt in Riedlingen (Württ.).
1348. - Muntsch, Oberamtsarzt in Neresheim.
1349. - Obermiller, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weissenau (Württ.).
1350. - Palmer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Biberach (Riss).
1351. - Paulus, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Heidenheim (Brenz).
1352. - Pfäfflin, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Urach.
1353. - Pfeilsticker, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Gmünd (Schwäbisch).
1354. - Pfleiderer, Oberamtswund- u. Stadtarzt in Knittlingen.
1355. - Rank, Ober-Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt a. D. in Friedrichshafen (Bodensee).

1356. Dr. v. Rembold, Medizinaldir. des Med.-Kollegiums in Stuttgart.
1357. - Rembold, Oberamtsarzt in Waldsee (Württ.).
1358. - Romberg, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Nürtingen.
1359. - Russ, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Rottweil.
1360. - Sattler, San.-Rat, Oberamtswundarzt in Cannstadt.
1361. - Scheef, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Rottenburg (Neckar).
1362. - Scheurlen, Ober-Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
1363. - Schmid, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Brackenheim.
1364. - Schmidt, Oberamtswundarzt in Rottenburg (Neckar).
1365. - Schnekenburger, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Tuttlingen.
1366. - Schott, leitender Arzt der Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. Remstal.
1367. - Schwarzkopf, stellv. Stadtdirektionsarzt in Stuttgart, staatsärztl. approb.
1368. - Seeger, Oberamtsarzt in Welzheim.
1369. - Späth, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Esslingen (Neckar).
1370. - Staiger, San.-Rat, Leiter der Irrenabteilung an der Strafanstalt Hohenasperg in Asperg (Württ.).
1371. - Staudenmayer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ludwigsburg.
1372. - Steinbrück, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Reutlingen.
1373. - Stoll, Oberamtsarzt in Tübingen.
1374. - Süsskind, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Hall (Schwäbisch).
1375. - Teufel, Oberamtsarzt in Gaildorf.
1376. - Votteler, San.-Rat, Oberamtswundarzt in Esslingen (Neckar).
1377. - Walcher, Ober-Med.-Rat, Direktor der Landes-Hebammen-Lehranstalt in Stuttgart.
*1378. - Walz, Ober-Med.-Rat, Mitglied des Med.-Kollegiums in Stuttgart.
1379. - Weinland, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weissenau (Württemb.)
1380. - Weinland, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Zwiefalten.
1381. - Weissenrieder, Oberamtsarzt in Maulbronn.

E. Grossherzogtum Baden.

1382. Dr. Baader, Med.-Rat, Bezirksarzt in Offenburg (Baden).
1383. - Barth, Bezirksarzt in Staufen (Breisgau).
1384. - Baumann, Bezirksarzt in Buchen (Baden).
*1385. - Becker, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
1386. - Bopp, Bezirksarzt in Tauberbischofsheim.
*1387. - Compter, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Rastatt.
1388. - Dörner, Bezirksarzt in Ettenheim.
1389. - Dörner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schopfheim.
1390. - Eberle, Med.-Rat, Bezirksarzt in Karlsruhe (Baden).
1391. - Eckert, Med.-Rat, Bezirksarzt in Waldkirch (Breisgau).
1392. - Ernst, Bezirksarzt in Wiesloch.
1393. - Greiff, Geh. Ober-Med.-Rat in Karlsruhe (Baden).
1394. - Guttenberg, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
1395. - Hauser, Geh. Ober-Med.-Rat in Karlsruhe (Baden).

1396. Dr. Heinemann, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt in Konstanz.
1397. - Henrici, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schwetzingen.
1398. - Herzog, Bezirksarzt in Weinheim (Bergstraße).
1399. - Hoche, Professor, Geh. Hofrat, Direktor der psychiatrischen Klinik in Freiburg (Breisgau).
1400. - Holl, Med.-Rat, Bezirksarzt in Heidelberg.
1401. - Kaiser, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt in Karlsruhe (Baden).
1402. - Kamm, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bruchsal.
1403. - Kautzmann. Bezirksarzt in St. Blasien.
1404. - Klehe, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Freiburg (Breisgau).
1405. - Kossel, Professor der Hygiene in Heidelberg.
1406. - Kramer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ettlingen (Baden).
1407. - Kroell, Geh. Hofrat, Bezirksarzt in Lahr (Baden).
1408. - Kürz, Med.-Rat, Bezirksarzt, Privatdozent u. Direktor des gerichtl.-medizinischen Instituts in Heidelberg.
1409. - Lefholz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Emmendingen.
1410. - Manz, Bezirksarzt in Triberg.
1411. - Mayer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pforzheim.
1412. - Meess, Bezirksarzt in Wertheim.
1413. - Mittermaier, Geh. Med.-Rat in Heidelberg.
1414. - Nitka, Bezirksarzt in Mannheim.
1415. - Popp, Bezirksarzt in Säckingen.
1416. - Riffel, Bezirksarzt in Neustadt (Schwarzwald).
1417. - Sartori, Bezirksarzt in Bonndorf (Schwarzwald).
1418. - Schleid, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mannheim.
1419. - Schmid, Bezirksarzt in Meßkirch.
1420. - Schneider, Med.-Rat, Bezirksarzt in Achern (Baden).
1421. - Schöning, Med.-Rat, Bezirksarzt in Donaueschingen.
1422. - Seitz, Bezirksarzt in Eberbach (Baden).
1423. - Stengel, Bezirksarzt in Lahr (Baden).
1424. - Stöcker, Bezirksarzt in Villingen.
1425. - Stofer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kehl.
1426. - Thomann, Med.-Rat, Bezirksarzt in Baden-Baden.
1427. - Thomen, Med.-Rat, Bezirksarzt in Lörrach.
1428. - Warth, Med.-Rat, Bezirksarzt in Müllheim (Baden).
1429. - Wippermann, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mosbach (Baden).
1430. - Wörner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ueberlingen.
1431. - Wohlfahrt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bühl (Baden).
1432. - Zix, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mannheim.

F. Grossherzogtum Hessen.

1433. Dr. Balser, Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Min.-Abt. für öffentliche Gesundheitspflege in Darmstadt.
1434. - Best, Kreisarzt in Schotten.
1435. - Drescher, Med.-Rat, Kreisarzt in Alzey.
1436. - Fertig, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Worms.
1437. - Fresenius, Med.-Rat, Kreisarzt in Büdingen (Oberhessen).
1438. - Groos, Med.-Rat, Kreisarzt in Darmstadt.
1439. - Haberkorn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Giessen.

1440. Dr. Hauser, Geh. Ob.-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Min.-Abt. für öffentliche Gesundheitspflege in Darmstadt.
1441. - Heinricy, Med.-Rat, Kreisarzt in Bingen.
1442. - Jaup, Kreisassistenzarzt in Offenbach (Main).
1443. - Koeniger, Med.-Rat, Kreisarzt in Offenbach (Main).
1444. - Langermann, Kreisarzt in Bensheim.
1445. - Nebel, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedberg (Hessen).
1446. - Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Worms.
1447. - Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Mainz.
1448. - Schenk, Kreisassistenzarzt in Gießen.
1449. - Schwan, Med.-Rat, Kreisarzt in Dieburg.
1450. - Stigell, Med.-Rat, Kreisarzt in Oppenheim.
1451. - Walger, Med.-Rat, Kreisarzt in Erbach (Odenwald).
1452. - Walther, Med.-Rat, Professor, Lehrer an der Hebammen-Lehranstalt in Giessen.
1453. - Wengler, Med.-Rat, Kreisarzt in Groß-Gerau.

G. Grossherzogtümer Mecklenburg-Schwerin u. Mecklenburg-Strelitz.

*1454. Dr. Buschmann, San.-Rat, Kreisarzt in Gnoien.
1455. - Dannien, Med.-Rat, Kreisarzt in Malchin.
1456. - Dugge, San.-Rat, Kreisarzt u. Privatdozent in Rostock (Mecklb.).
1457. - Elfeldt, Med.-Rat, Kreisarzt in Gadebusch.
1458. - Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Hagenow (Mecklb.).
1459. - Müller, Geh. Med.-Rat, Medizinal-Referent bei dem Justizministerium (Abt. f. Medizinal-Angelegenheiten) in Schwerin (Mecklb.).
1460. - Mulert, Med.-Rat, Kreisarzt in Waren.
*1461. - Roggenbau, Ober-Med.-Rat in Neustrelitz.
1462. - Schrakamp, Med.-Rat, Kreisarzt in Schönberg (Mecklb.).
1463. - Schuchardt, Prof., Geh. Med.-Rat, Mitglied der Medizinalkommission und Direktor der Staatsirrenanstalt Gelsheim bei Rostock.[1]
1464. - Stephan, Med.-Rat, Kreisarzt in Güstrow.
1465. - Unruh, Med.-Rat, Kreisarzt in Wismar.
1466. - Viereck, Med.-Rat, Kreisarzt in Ludwigslust.
1467. - Wilhelmi, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwerin (Mecklb.).

H. Grossherzogtum Oldenburg.

1468. Dr. Barnstedt, Med.-Rat, Großherzogl. Leibarzt und Amtsarzt in Oldenburg (Grhzgt.).
1469. - Giesler, Med.-Rat, Physikus in Eutin.
1470. - Heinz, Amtsarzt in Vechta.
1471. - Möhlfeld, Med.-Rat, Amtsarzt in Delmenhorst.
1472. - Rosenow, Amtsarzt in Rüstringen (Oldenb.).
1473. - Schlaeger, Med.-Rat, Landphysikus u. Landgerichtsarzt in Oldenburg (Grhzgt.).
1474. - Schmidt, Med.-Rat, Landesarzt in Idar.
1475. - Thiele, Amtsarzt in Varel (Oldenburg).

[1] Inzwischen verstorben.

I. Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

1476. Dr. Auch. Bezirksarzt in Neustadt (Orla).
1477. - Brauns, Med.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
1478. - Flemming, Med.-Rat, Bezirksarzt in Auma.
1479. - Giese, a. o. Professor, Bezirksarzt in Jena.
1480. - v. d. Goltz, Bezirksarzt in Dornburg.
*1481. - Gumprecht, Prof., Geh. Med.-Rat in Weimar.
1482. - Jänicke, San.-Rat, Polizei- und Schularzt in Apolda, staatsärztl. approb.
1483. - Knopf, Geh. Med.-Rat, Bezirks- u. Landgerichsarzt in Weimar.
1484. - Löber, Med.-Rat, Bezirksarzt in Vacha.
1485. - Michael, Bezirksarzt in Ilmenau.
1486. - Pfeifer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Weida.
1487. - Röhler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Apolda.[1]
1488. - Rauch, Med.-Rat, Bezirksarzt in Allstedt (Grhzgt. Sachsen).
1489. - Renner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Tiefenort.
1490. - Rüdel, San.-Rat, Bezirksarzt in Weimar.
1491. - Sarnow, San.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
1492. - Sartorius, stellvertr. Bezirksarzt in Großrudestedt (Kr. Weimar).
1493. - Schultheiß, Bezirksarzt in Gerstungen.
1494. - Stapff, Bezirksarzt in Dermbach (Feldabahn).
1495. - Starcke, Ernst, Bezirksarzt in Vieselbach.

K. Herzogtum Anhalt.

1496. Dr. Esleben, Med.-Rat, Kreisarzt in Bernburg.
1497. - Fitzau, Med.-Rat, Kreisarzt in Ballenstedt.
1498. - Oehmke, Med.-Rat, Kreisarzt in Dessau.
*1499. - Richter, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Dessau.
1500. - Robitzsch, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Zerbst.
1501. - Weinberg, Kreisarzt in Cöthen (Anhalt).

L. Herzogtum Braunschweig.

1502. Dr. Beckhaus, San.-Rat, Physikus in Königslutter.
1503. - Creite, Sanitätsrat, Physikus in Schöningen (Kr. Helmstedt).
1504. - Engel, San.-Rat, Physikus in Wolfenbüttel.
*1505. - Engelbrecht, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Landesmedizinalkollegiums in Braunschweig.
1506. - Haars, Physikus in Lutter (Barenberg).
1507. - Kloeppel, San.-Rat, Physikus in Blankenburg (Harz).
1508. - Müller, Med.-Rat, Physikus in Braunschweig.
1509. - Roth, San.-Rat, Stadtphysikus in Braunschweig.
1510. - Schulze, Physikus in Holzminden.
1511. - Stamm, prakt. Arzt in Braunschweig, staatsärztl. approb.
1512. - Zimmer, San.-Rat, Physikus in Gandersheim.

[1]) Inzwischen verstorben.

M. Herzogtum Sachsen-Altenburg.

1513. Dr. Beyer, Bezirksarzt in Altenburg (S.-A.).
1514. - Bonde, Med.-Rat, Bezirksarzt in Roda (S.-A.)
1515. - Hesse, Bezirksarzt in Eisenberg (S.-A.).
1516. - Kutschbach, San.-Rat, Bezirksarzt in Kahla.
1517. - Lorentz, San.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Lucka (S.-A.).
1518. - Nützenadel, Geh. Med.-Rat in Altenburg (S.-A.).

N. Herzogtum Sachsen-Coburg-Gotha.

*1519. Dr. Franke, Med.-Rat u. Bezirksarzt in Waltershausen.
1520. - Kessler, prakt. Arzt in Gotha, staatsärztl. approb.
1521. - Philipp, Geh. Regierungs- u. Ober-Med.-Rat in Gotha.
1522. - Pottien, Med.-Rat u. Bezirksarzt in Gotha.
1523. - Sterzing, Med.-Rat, Stadtphysikus in Gotha.
1524. - Stüler, Bezirksarzt in Ohrdruf.
1525. - Waldvogel, Reg.- u. Med.-Rat sowie Bezirksarzt in Coburg.

O. Herzogtum Sachsen-Meiningen.

1526. Dr. Berthot, San.-Rat, Physikus in Hildburghausen.
1527. - Freyburg, San.-Rat, Physikus in Meiningen.
1528. - Kreissmann, Med.-Rat, Physikus in Sonneberg (Sachs.-Mein.).
1529. - Leubuscher, Prof., Reg.- und Geh. Med.-Rat in Meiningen.
1530. - Helmkampf, San.-Rat, Physikus in Saalfeld (Saale).
1531. - Wegener, Physikus in Salzungen.

P. Fürstentum Reuss ältere Linie.

1532. Dr. Löscher, Physikus in Remptendorf.
1533. - Roth, Physikus in Zeulenroda.
*1534. - Scheube, Geh. Med.-Rat, Med.-Referent u. Physikus in Greiz.

Q. Fürstentum Reuss jüngere Linie.

1535. Dr. Franz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schleiz.
1536. - Neuhaus, Oberstabsarzt a. D., Bezirksarzt in Gera.

R. Fürstentum Lippe.

1537. Dr. Carius, Amtswundarzt in Detmold.
1538. - Gottschalk, San.-Rat, Physikus in Salzuflen.
1539. - Stemann, Geh. Hofrat und Med.-Rat in Detmold.
1540. - Theopold, San.-Rat, Physikus in Blomberg (Lippe).
1541. - Volkhausen, Med.-Rat, Physikus in Detmold.

S. Fürstentum Schaumburg-Lippe.

1542. Dr. Burchard, Med.-Rat, Kreisphysikus in Bückeburg.
1543. - Lambrecht, Med.-Rat, Kreisphysikus in Stadthagen.

T. Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

1544. Dr. Biedermann, Polizeiarzt in Rudolstadt.
1545. - Graefl, Geh. San.-Rat, Physikus in Frankenhausen (Kyffh.).

1546. Dr. Helbach, Med.-Rat und Med.-Referent in Rudolstadt.
1547. - Sorge, Bezirksphysikus in Königsee (Thür.).

U. Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

*1548. Dr. Bayer, Geh. Med.-Rat, vortrag. Rat im Ministerium u. Bezirksphysikus in Sondershausen.
1549. - Müller, Med.-Rat, Bezirksphysikus in Gehren (Thür.).
1550. - Osswald, Med.-Rat, Bezirksphysikus in Arnstadt.

V. Fürstentum Waldeck.

1551. Dr. Deetz, Oberlandphysikus in Arolsen.
1552. - Hartwig, San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Cosbach.[1])
1553. - Krüger, Kreisphysikus in Bad Wildungen.
1554. - Vogt, prakt. Arzt in Arolsen, staatsärztl. approb.

W. Freie und Hansastädte.

1555. Dr. Becker, Gerichtsarzt in Bremen.
1556. - Berkhan, Amtsphysikus in Bergedorf.
1557. - Ewald, Stadtarzt in Bremerhaven.
1558. - Harmsen, prakt. Arzt in Hamburg-Winterhude, staatsärztl. approb.
1559. - Hasche-Klünder, Abteilungsarzt an der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
1560. - Kister, Prof., Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut in Hamburg.
1561. - Maes, Professor, Physikus, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg.
1562. - Nocht, Prof., Ober-Med.-Rat u. Leiter des Medizinalamtes in Hamburg.
1563. - Otto, Gerichtsarzt in Hamburg.
1564. - Reuter, Gerichtsarzt in Hamburg,
1565. - Riedel, Med.-Rat, Physikus in Lübeck.
1566. - Sannemann, Reg.-Rat, Hafenarzt in Hamburg.
1567. - Schwarz, Physikus in Hamburg.
1568. - Sieveking, Physikus u. Stadtarzt, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg.
1569. - Späthe, Arthur, prakt. Arzt in Hamburg, staatsärztl. approb.
1570. - Tjaden, Prof., Ober-Medizinalrat, Geschäftsführer des Gesundheitsamts u. Direktor des bakteriologischen Instituts in Bremen.
1571. - Weidanz, Kreisarzt, stellvertretender Geschäftsführer des Gesundheitsamtes in Bremen.

X. Reichsland Elsass-Lothringen.

1572. Dr. de Bary, Reg.- u. Med.-Rat in Vantaux b. Metz, Post: Vallières.
1573. - Belin, Kreisarzt in Straßburg (Els).
1574. - Dietz, Med.-Rat, Kreisarzt in Barr.
1575. - Eyles, Med.-Rat, Kreisarzt in Metz.
1576. - Giß, Kreisarzt in Diedenhofen.
1577. - Haag, Kreisarzt in Rappoltsweiler.

[1]) Inzwischen verstorben.

*1578. Dr. Hecker, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Straßburg (Els.).
1579. - Hoeffel, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Buchsweiler (Unter-Els.).
1580. - Holtzmann, Geh. Med.-Rat, Landesmedizinalrat in Straßburg (Els.).
1581. - Köster, Med.-Rat, Kreisarzt in Metz.
1582. - Krimke, Kreisarzt in Schirmeck.
1583. - Kuhn, Kreisassistenzarzt, Vorsteher der Landes-Impfanstalt in Straßburg (Els.).
1584. - Levy, Kreisassistenzarzt in Metz.
1585. - Meyer, Kreisarzt in Saarburg (Lothringen).
1586. - Mosser, Kreisarzt in Mühlhausen (Els.).
1587. - Müller-Herrings, Geh. Med.-Rat., Reg.- und Med.-Rat in Colmar (Els.).
1588. - Ransohoff, San.-Rat, Direktor der staatl. Irrenanstalt Stephansfeld bei Brumath.
1589. - Sandner, Direktor der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt in Lörchingen.
1590. - Sorgius, Kreisarzt in Schiltigheim.
1591. - Schäche, Med.-Rat, Kreisarzt in Saargemünd.
1592. - Spiegel, Med.-Rat, Kreisarzt in Gebweiler.
1593. - Sutter, Kantonalarzt in St. Avold.
1594. - Walcher, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Erstein.
1595. - Weber, Kantonalarzt in Weißenburg (Els.).
1596. - Winter, Kreisarzt in Hagenau (Els.).
1597. - Wollenberg, Geh. Med.-Rat Direktor der psychiatr. Klinik in Straßburg (Els.).

Ausserdem:

1598. Dr. Hadlich, Stabs- u. Bataillonsarzt in Wahn bei Köln, staatsärztl. approb.

Als Gäste nahmen an der IX. Hauptversammlung teil:

1. Regierungspräsident Freiherr von Tschammer und Quaritz, Breslau.
2. Matting, Oberbürgermeister, Breslau.
3. Prof. Dr. Fränkel, Stadtrat, Breslau.
4. Dr. Körner, Geh. San.-Rat, Breslau.
5. Weber, Stadtrat, Breslau.
6. Dr. Dreuw, Polizeiarzt, Berlin.
7. Dr. Fischer, k. k. Landessanitätsinspektor, Prag.
8. Dr. Offner, k. k. Oberbezirksarzt, Bielitz, Ostr.-Schles.
9. Dr. Paul, Regierungsrat, Direktor der Staatsimpfanstalt in Wien.
10. Dr. Lad. Simon, k. k. Bezirksarzt, Senftenberg.
11. Dr. Szczepanski, Oberbezirksarzt, Jaste, Galizien.
12. Dr. Theimer, k. k. Oberbezirksarzt, Trautenau.
13. Dr. Winogrodzki, k. k. Bezirksarzt, Ostwiczin, Galizien.



Anlage zu V: Die Aufgaben der gerichtlich-medizinischen Institute.
Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Lesser**-Breslau.

Figur 1.



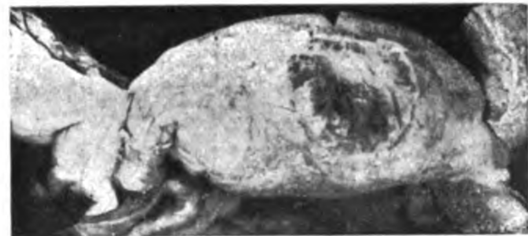
Figur 4.



Figur 2.



Figur 5.



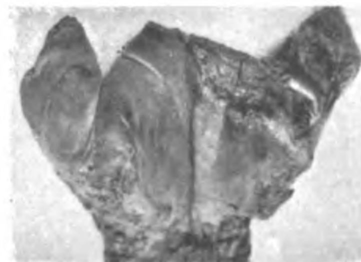
Figur 6.



Figur 3.



Figur 7.



Offizieller Bericht

über die

XXIX. Hauptversammlung

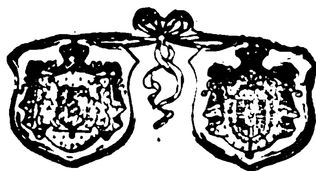
des

Preußischen Medizinalbeamten-Vereins

zu

Berlin.

am 25. April 1913.



Berlin 1913.
FISCHER'S MEDICINISCHE BUCHHANDLUNG
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Seite.

1. Eröffnung der Versammlung 1
2. Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren 4
3. Entwurf eines Wohnungsgesetzes. Berichterstatter: Reg.- und Med.-Rat Dr. Wolff in Lüneburg . . . .
4. Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Rogowski, Kreisarzt in Berlin 23
5. Neuere Verfahren der Abwässerreinigung. Berichterstatter: Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel, vortragender Rat in der Med.-Abt. des Ministeriums des Innern und Leiter der Kgl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin 31
6. Bericht der Kassenrevisoren und Vorstandswahl 59
Generalversammlung der Jubiläumsstiftung 60
Geschäftsbericht über die Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1912 62
Anlagen: Entwurf eines Wohnungsgesetzes. Liste der Teilnehmer. Gruppenbild der Teilnehmer an der Versammlung.

I. Eröffnung der Versammlung.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund,** Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W., Vorsitzender: Meine sehr verehrten Herren! Im Namen des Vorstandes heiße ich Sie herzlich willkommen und danke Ihnen für Ihr zahlreiches Erscheinen. Dieser Dank muß allerdings noch an eine höhere Adresse gerichtet werden, an unseren hochverehrten Herrn Ressortchef, sowie insbesondere an die Medizinalbteilung unseres Ministeriums, die in entgegenkommender Weise auch in diesem Jahre wiederum die Termine für zwei gleichzeitig stattfindende Fortbildungskurse für Kreisärzte und für die amtliche Konferenz der Regierungs- und Medizinalräte so angesetzt hat, daß einem großen Teil der hier anwesenden Kollegen die Teilnahme an unserer Versammlung in so außerordentlich bequemer und wenig kostspieliger Weise erleichtert ist. Ich spreche Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner hierfür unseren besonderen Dank aus und bitte ihn, diesen Dank dem Herrn Minister übermitteln zu wollen. Gleichzeitig danke ich aber auch ihm und den Herren vortragenden Räten der Medizinalabteilung, die wir heute sämtlich in unserer Mitte begrüßen dürfen, sowie dem Vertreter des Reichsgesundheitsamts, Herrn Reg.-Rat Dr. Buchholtz und dem Vertreter des Statistischen Landesamts, Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Behla, daß sie unserer Einladung in liebenswürdiger Weise gefolgt sind.

Ich eröffne hiermit die Sitzung und hoffe, daß sie in jeder Hinsicht einen recht befriedigenden Verlauf nehmen möge. Wir tagen zum ersten Mal in dem ganz neuen Institut der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene und sind auch hierfür dem Herrn Minister Dank schuldig, daß er uns dieses in entgegenkommender Weise zur Verfügung gestellt sowie dessen Besichtigung gestattet hat. Herzlichen Dank auch Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel, dem Leiter der Anstalt, der bereitwilligst alle Vorbereitungen für unsere heutige Tagung an dieser Stelle getroffen hat.

H. Ministerialdirektor, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner: M. H.! Ich danke dem Herrn Vorsitzenden im Namen meiner Herren Kollegen und in meinem Namen für seine freundliche Begrüßung. Der Herr Minister, der zu seinem lebhaften Bedauern heute nicht in Ihrer Mitte erscheinen kann, weil er durch die Sitzung des Herrenhauses in Anspruch genommen ist, hat mich beauftragt, Ihnen seine freundlichen Grüße zu entbieten.

Es sind jetzt zwei Jahre her, daß die Medizinalabteilung beim Ministerium des Innern ist. Wenn wir auf diese zwei Jahre zurückblicken, so dürfen wir konstatieren, was wir schon im vorigen Jahr festgestellt haben, daß dieser Wechsel die von vielen gehegten Befürchtungen nicht erfüllt hat, sondern daß im Gegenteil unsere Medizinalverwaltung sich auch in diesem Jahre in erfreulicher Weise entwickelt hat. Ein Beweis dafür ist dieses schöne und stolze Haus, in dem wir uns gegenwärtig befinden, und in dem dieser so wichtige Zweig der Medizinalverwaltung künftig in viel besserer Weise seine Aufgaben erfüllen kann, als es bisher möglich ist. In den letzten 7 Monaten haben wir im preußischen Staat die Neubauten für drei hygienische Institute, die der Medizinalverwaltung unterstehen, eröffnen können, die Institute in Saarbrücken, Beuthen (O.-S.) und in Posen. Es ist außerdem möglich gewesen, von unseren Medizinaluntersuchungsämtern zwei in eigene und günstige Räume überzuführen. Wir dürfen uns der Hoffnung hingeben, daß dies bald auch mit den übrigen erfolgen wird.

Auch in anderen Zweigen der Medizinalverwaltung haben wir erfreuliche Fortschritte machen dürfen. Ich erinnere an die Einrichtung einer Zahnärztekammer. Ich erinnere daran, daß der Vertreter des Apothekenwesens im Ministerium eine etatsmäßige Anstellung erhalten hat. In nächster Zeit werden auch die Provinzial-Medizinalkollegien in eine andere, zweckmäßigere Gestaltung übergeführt werden.

Ein Symptom möchte ich erwähnen, das uns bei Beratung unseres Etats im Landtage entgegentritt. Ich entsinne mich der Zeit, als ich ins Ministerium kam, da wurde in der Regel der Etat der Medizinalverwaltung am Ende der Beratung des Kultusetats in einer halben bis einer Stunde erledigt. Dann aber wachte die Medizinalverwaltung auf; es kam die Medizinalreform, und nun begann sich die Aufmerksamkeit auf uns zu lenken. Zunächst kamen freilich nur Klagen über den Uebereifer der Kreisärzte, die fast in jeder Session des Landtages wiederholt wurden. Aber auch dies ist jetzt vorübergegangen. Man hat sich daran gewöhnt, daß wir vorhanden sind, und man hat vor allem eingesehen, daß wir notwendig sind. In den letzten Jahren sind die Klagen über die Vielgeschäftigkeit der Kreisärzte verstummt; man ist in sachliche Verhandlung unserer Interessen eingetreten. Die Beratung unseres Etats nimmt jetzt wenigstens einen Tag in Anspruch, und die ernsten Aufgaben, die uns gestellt sind, werden eingehend und sachlich erörtert.

Das ist der beste Beweis dafür, daß man jetzt die Medizinalverwaltung als einen wichtigen und wertvollen Faktor der Staatsregierung anerkennt.

Allein, meine Herren, wir dürfen uns dadurch nicht einschläfern lassen. Etwas zu erringen ist leichter, als es zu erhalten. Wir müssen die weiteren Aufgaben, die noch bevorstehen, mit demselben Eifer und mit demselben Erfolg in Angriff nehmen, wie die, die gelöst sind. In dieser Beziehung begrüßt der Herr Minister den Preußischen Medizinalbeamtenverein als einen wertvollen Unterstützer unserer Aufgaben. Hier in diesem Kreise ist in den vielen Jahren seines Bestehens, worauf wir den größten Wert legen, der Geist der Kameradschaft, der Korpsgeist gepflegt worden. Je mehr die Medizinalbeamten sich in dem Jagen nach idealen Zielen zusammenschließen, je mehr sie sich bestreben, in ernster Pflichterfüllung zusammen zu stehen, und in je vollerem Vertrauen sie zu uns stehen, um so größere Erfolge werden wir in der Folgezeit erreichen.

In diesem Sinne wünsche ich dem Preußischen Medizinalbeamtenverein für die Zukunft weiteres Wachsen, Blühen und Gedeihen.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender! Hochverehrter Herr Ministerialdirektor! Als Vorsitzender erlaube ich mir, Ihnen im Namen des Vereins für die außerordentlich liebenswürdigen Begrüßungsworte, die Sie an uns gerichtet haben, unseren verbindlichsten Dank auszusprechen. Wenn in der letzten Zeit der angebliche Uebereifer der Kreisärzte bei der Beratung des Medizinaletats im Landtage nicht mehr die Rolle gespielt hat wie früher, so ist dies sicherlich nicht nur ein günstiges Zeichen für diese selbst und für die sachgemäße Art, mit der sie ihren amtlichen Aufgaben gerecht zu werden bemüht sind, sondern auch ein gutes Zeichen dafür, daß sowohl im Landtage, als in der ganzen Bevölkerung das Verständnis für die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege ständig gewachsen und in immer weitere Kreise gedrungen ist, als dies bisher der Fall war. Ist doch gerade der Landtag, wie Sie soeben mit besonderer Genugtuung hervorgehoben haben, namentlich in den letzten Jahren, jederzeit bereit gewesen, Mittel zu bewilligen, sobald es gegolten hat, im Interesse und zum Wohle der öffentlichen Gesundheit Aufgaben zu lösen. Möge dies immer so bleiben und vor allem die Medizinalverwaltung in ebenso tatkräftiger Weise die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege wahrnehmen wie bisher und ihre Bestrebungen sowohl beim Landtage, als besonders beim Herrn Finanzminister stets das erforderliche Entgegenkommen finden! Dann wird es um das öffentliche gesundheitliche Wohl in Preußen gut bestellt sein!

(Lebhafter Beifall.)

Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Abel,** vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums und Leiter der Landesanstalt für Wasserhygiene: Meine sehr verehrten Herren Kollegen! Gestatten Sie uns — ich spreche gleichzeitig im Namen des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Günther —, im Namen der Landesanstalt für Wasserhygiene Sie herzlich willkommen zu heißen. Es ist uns eine ganz besondere Freude, daß wir Sie hier in unseren neuen schönen Räumen begrüßen können, die wir erst vor wenigen Tagen eingeweiht und bezogen haben. Ich glaube, daß Sie sich überzeugen werden, daß die Schaffung der Anstalt in ihrer jetzigen Form wirklich einen großen Fortschritt in der Medizinalverwaltung bedeutet, wie dies bereits vom Herrn Ministerialdirektor hervorgehoben ist. Mögen aber auch Ihre Verhandlungen harmonisch verlaufen und vom vollen Erfolg gekrönt sein im Interesse unseres Standes und im Interesse der Allgemeinheit!

(Lebhafter Beifall.)

II. Geschäfts- und Kassenbericht. Wahl der Kassenrevisoren.

Geh. Med.-Rat Dr. **Fielitz,** Kreisarzt in Halle a. S., Schriftführer: M. H.! Aus dem vorigen Jahre ist sehr wenig Geschäftliches zu berichten. Die Mitgliederzahl hat leider etwas abgenommen; sie beträgt zurzeit 864 gegen 876 im Vorjahre. Es sind 16 Mitglieder gestorben und 20 ausgetreten, während nur 24 neu eingetreten sind.

Von unseren Mitgliedern hat Geheimrat Dr. Wiedner, das einzige Mitglied außer unserem verehrten Vorsitzenden, das keine Versammlung versäumt hat, im März d. J. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Leider hat der Vorstand zu spät Kenntnis davon erhalten, so daß eine offizielle Teilnahme bei dieser Feier unserseits nicht mehr möglich war und unser Glückwunsch verspätet übermittelt werden mußte. Ich möchte ihn aber an dieser Stelle noch wiederholen, zumal wir auch heute wieder die Freude haben, den Kollegen in unserer Mitte begrüßen zu können.

Unser alter hochverehrter Herr Kollege, früheres langjähriges Vorstandsmitglied, Geh. Med.-Rat Dr. Wallichs in Altona feiert am 2. Mai d. J. sein 60jähriges Doktorjubiläum. Am 3. Mai abends findet ein Festessen in Altona statt, zu dem die Kollegen freundlichst eingeladen sind. Der Vorstand beabsichtigt, zu dieser seltenen Feier einen offiziellen Vertreter zu entsenden und dem Jubilar die herzlichsten Glückwünsche im Namen unseres Vereins aussprechen zu lassen, womit Sie wohl einverstanden sein werden.

(Allseitige Zustimmung.)

Zu erwähnen ist schließlich noch, daß unser Verein ebenso wie der Deutsche Medizinalbeamtenverein zu dem im vorigen Jahre in Krakau abgehaltenen zweiten österreichischen Amtsärzte-Kongreß die Absendung eines Vertreters für erforderlich gehalten hat; H. Reg.- u. Med.-Rat Dr. Krause ist so freundlich gewesen, diese Vertretung zu übernehmen.

Die Einnahmen haben im Vorjahre 13783,33 Mark betragen, die Ausgaben 13422,43 M., so daß sich ein Ueberschuß von 360,90 Mark ergibt, durch den sich das Vermögen des Vereins auf 4160,90 Mark erhöht.

Ich darf wohl bitten, daß zwei Revisoren ernannt werden, die wie gewöhnlich die Kasse revidieren, um dann meine Entlastung beantragen zu können.

Vorsitzender: M. H.! Die Zahl der Verstorbenen ist in diesem Jahre genau dieselbe wie im vorigen Jahre; wir scheinen demnach in dieser Hinsicht zu einem gewissen Stillstand und damit gegen früher zu einer erfreulichen Besserung gekommen zu sein, wo wir alljährlich nicht unter 20 und mehr Mitglieder durch den Tod verloren haben. Hoffentlich hält diese Besserung nicht nur an, sondern nimmt durch ein weiteres Sinken der Sterbeziffer noch zu. Die Namen der Verstorbenen sind folgende:

1. Dr. Brand, Geh. Med.-Rat u. Kreisarzt a. D. in Geldern.
2. - Cimbal, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neiße.
3. - Cramer, Geh. Med.-Rat, ordentl. Professor u. Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik und der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen.
4. - Finkler, ordentl. Professor u. früherer Direktor des Hygienischen Instituts der Universität Bonn.
5. - Friedel, Kreisarzt in Wernigerode.
6. - Heyer, Med.-Rat u. Kreisarzt in Angermünde.
7. - Hildebrandt, außerordentl. Professor und Privatdozent für Pharmakologie u. gerichtl. Medizin in Halle a. S.
8. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Löwenberg (Schles.).
9. - Limper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gelsenkirchen.
10. - Marx, Geh. Med.-Rat u. Kreisarzt a. D. in Bonn.
11. - Meyer, Kreisarzt des VI. Kreisarztbezirks in Berlin.
12. - Meyer, San.-Rat, prakt. Arzt in Olpe (Westf.), staatsärztl. approb.
13. - Röper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Arnsberg.
14. - Schenk, prakt. Arzt in Berlin, staatsärztl. approb.
15. - Schroeder, Med.-Rat, Kreisarzt in Sprottau.
16. - Strube, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Halle a. S.

Unter diesen Verstorbenen sind wiederum nicht wenige Kollegen, die wir sehr häufig in unserer Mitte gesehen haben und die uns liebe Freunde gewesen sind. Ich möchte vor allen Dingen eines Mannes gedenken, der den Bestrebungen unseres Vereins stets das größte Interesse entgegengebracht und vielen von uns sehr nahe gestanden hat, des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Cramer in Göttingen. Er ist in voller Manneskraft einem schweren und tückischen Leiden erlegen. Wir werden ihm sicherlich alle ein treues Andenken bewahren, ebenso wie den anderen verstorbenen Kollegen. Zum Andenken dessen bitte ich Sie, sich von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

Nun aber zu den Lebenden! Kollege Fielitz hat bereits des 50jährigen Doktorjubiläums gedacht, das der Kollege Wiedner vor kurzem gefeiert hat und dabei gleichzeitig einen Fehler berichtigt, den ich mir in der Notiz betreffs der Feier in der Zeitschrift für Medizinalbeamte habe zu Schulden kommen lassen durch die Bemerkung, daß der Jubilar auf allen Versammlungen des Vereins mit Ausnahme der vorjährigen anwesend gewesen sei. Dieser bedauerliche Irrtum liegt mir schwer auf dem Herzen; als mildernden Umstand kann ich nur meine lange Abwesenheit von Haus anführen, die mir eine Einsicht in die vorjährige Teilnehmerliste unmöglich machte. Ich möchte deshalb den Kollegen Wiedner auch an dieser Stelle nochmals um Entschuldigung bitten und noch insbesondere feststellen, daß er streng genommen das einzige Mitglied unseres Vereins ist, das an allen Versammlungen teilgenommen hat. Er ist mir sogar etwas voraus, da ich bei einer Hauptversammlung infolge eines Todesfalls nur an der Vorstandssitzung teilnehmen konnte und vor Beginn der Versammlung selbst wieder abreisen mußte. Gerade mit Rücksicht auf dieses „Unicum" hat es der Vorstand außerordentlich bedauert, nicht rechtzeitig Kenntnis von dem Jubiläum des Kollegen Wiedner erhalten zu haben. Im Namen des Vereins möchte ich ihm deshalb nochmals wenn auch nachträglich, unsere herzlichsten Glückwünsche zu seinem Doktorjubiläum darbringen und diese mit dem Wunsche verbinden, daß er noch recht oft an unseren Versammlungen teilnehmen möge! Zum Ausdruck Ihrer allseitigen Zustimmung bitte ich Sie, sich von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Wiedner**-Kottbus: Meine Herren Kollegen! Ich danke Ihnen für Ihre Glückwünsche. Ich gebe Ihnen die Versicherung, daß ich mir Mühe geben werde, Ihre Wünsche zu erfüllen.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Wir kommen zur Wahl der Kassenrevisoren. Ich schlage die altbewährten Revisoren, Herrn Med.-Rat Dr. Hermann-Bitterfeld und Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter-Gütersloh, vor.

(Allseitige Zustimmung.)

Es dürfte aber zweckmäßig sein, daß wir gleichzeitig auch zur Prüfung der Abrechnung der Jubiläums-Stiftung Revisoren wählen. Da hierbei Kollege Dr. Schlüter selbst als Kassenführer der Stiftung nicht mitwirken kann, schlage ich an seiner Stelle Herrn Med.-Rat Dr. Kornalewki-Delitzsch vor. Sind Sie damit einverstanden?

(Es erhebt sich kein Widerspruch.)

III. Entwurf eines Wohnungsgesetzes.[1]

Reg.- u. Med.-Rat Dr. **Wolff**-Lüneburg: M. H.! Der Gedanke, daß Wohnungswesen gesetzlich zu regeln, ist ein verhältnismäßig alter; seit einer Reihe von Dezennien bereits wird von Hygienikern und Sozialpolitikern, staatlicherseits wie von kommunalen Vertretern jenem Kernpunkte aller hygienischen Bestrebungen ein intensives Interesse zugewandt.

Die Bedeutung, die der Wohnungsfrage auf gesundheitlichem und sozialhygienischem Gebiete innewohnt, Ihnen gegenüber zu erörtern, glaube ich mir ersparen zu dürfen; es ist dafür und darüber so viel gesprochen und geschrieben worden, daß einem jeden, der nicht fernab von den wissenschaftlichen Tagesfragen steht, mehr oder weniger alles Wichtige darüber geläufig ist. Nur auf einen Punkt möchte ich in unserem Kreise nochmals besonders hinweisen und ihn ausdrücklich unterstreichen: Ich glaube Ihrer Aller Zustimmung sicher zu sein, wenn ich sage, daß auf die Bekämpfung unserer Volksseuchen, namentlich der Tuberkulose und der übertragbaren Krankheiten des Kindesalters die Art des Wohnens von weitgehendstem Einfluß ist, und daß in vieler Hinsicht die Bestimmungen des Landesseuchengesetzes erst Leben, Inhalt und Wirksamkeit erhalten können, wenn die Häuslichkeiten, die von ansteckenden Krankheiten befallen werden, mit billigen Forderungen der modernen Hygiene und der Sanitätspolizei in Einklang gebracht sein werden, und den Wohnungsinhabern ein gewisses Verständnis für sie aufgegangen sein wird.

Die immer tiefer in das Verständnis aller sozialer Schichten gedrungene Ueberzeugung von der unendlich großen Wichtigkeit der Wohnungsfürsorge für das Wohl und Wehe des Volkes und von der Notwendigkeit einer Besserung der Wohnart unserer Bevölkerung, namentlich der minderbemittelten, hat sich nicht nur in theoretischen Erwägungen geäußert, sondern an vielen Stellen bereits zu praktisch greifbaren und sehr wertvollen Ergebnissen geführt. Staat wie Kommune, wie Vereinstätigkeit haben so manches anerkennenswerte zu Wege gebracht. Die Zahl der Städte, die eine praktische Wohnungspolitik treiben, vorwiegend im Sinne der Wohnungsaufsicht durch städtische Wohnungämter, geht gegenwärtig bereits in die Hunderte, und was das staatliche Vorgehen anlangt, so finden Sie in der mit dem Gesetzentwurfe veröffentlichten Begründung die Angaben darüber, welche staatlichen Maßnahmen auf diesem Gebiete bisher getroffen sind. Trotz aller dieser z. T. recht großzügigen Maßregeln, die aber immer daran litten, daß sie nur einem geringen und bestimmten Teile der Bevölkerung zugute kamen, drängten die Verhältnisse weiter auf eine gesetzgeberische Lösung der Wohnungsfrage. Es ist Ihnen bekannt, daß die Staatsregierung bereits im Jahre 1904 einen Versuch dazu

[1]) Siehe Anlage A.

machte und einen einschlägigen Gesetzentwurf veröffentlichte. Auch der Preuß. Medizinalbeamtenverein hat sich in seiner 22. Hauptversammlung im Jahre 1905 mit ihm beschäftigt. Der Entwurf blieb aber, was er war. Er führte zu einer derartig schroffen Ablehnung und so heftigen Widersprüchen, wie es noch kaum zuvor einer Gesetzesvorlage begegnet war; alle Bemühungen und alle Versuche, ihm zu einer annehmbaren Gestalt zu verhelfen, blieben vergeblich. Der Entwurf gelangte nicht einmal an die gesetzgebenden Körperschaften. Es interessiert an dieser Stelle nicht, auf die damaligen Einsprüche zurückzukommen; ich erinnere nur daran, daß namentlich seinerzeit von den Vertretern der größeren Kommunen, in deren Zuständigkeit allerdings ein brauchbares Wohnungsgesetz, wie es auch immer geartet sein möge, eingreifen muß, der Entwurf nachdrücklich, abgelehnt wurde. Es wurde von ihnen entgegengehalten, daß man es ruhig der Initiative der Gemeindeverwaltungen überlassen könne und solle, auf dem Gebiete des Wohnungswesens das Erforderliche zu leisten. So sehr jeder unparteiisch Denkende wird anerkennen können, daß den mit diesen Einwürfen damals gegebenen Versprechungen in vielen Gemeinden auch die Tat gefolgt ist, und sie, wie gesagt, manchen wertvollen Fortschritt gezeitigt haben, so wenig wird man bestreiten dürfen, daß auf diesem Wege allein eine umfassende Besserung der Verhältnisse nicht vor sich gehen wird, ein weiteres abwartendes Verhalten daher nicht mehr gerechtfertigt war.

Ich darf auch als bekannt voraussetzen, daß seit geraumer Zeit ein Reichswohnungsgesetz im Reichstage erwogen wurde, und wie auf die Erklärung des Herrn Staatssekretärs Dr. Delbrück in diesem Januar im Reichstage, daß, wenn Preußen nicht bis zum Herbst mit einem Wohnungsgesetz Ernst mache, das Reich die erforderlichen Schritte tun würde, die Antwort der Preußischen Regierung nach 5 Tagen überraschend prompt erfolgte.

Am 25. Januar ist der Entwurf eines Wohnungsgesetzes für Preußen veröffentlicht worden, und voraussichtlich wird dem neu gewählten Landtage noch am Ende dieses Jahres die Vorlage zugehen. Diese frühzeitige Bekanntgabe ist in hohem Maße erfreulich; gibt sie doch zu kritischer Prüfung und Erörterung reichlich Zeit und gewährt sie allen an ihm interessierten Kreisen die Möglichkeit, Wünschen nach Abänderungen und Umformulierungen Ausdruck zu geben.

Selbstverständlich hat dann auch unmittelbar nach dem Erscheinen des Entwurfes die Kritik in mehr oder weniger temperamentvoller Weise eingesetzt; in politischen, wie in Fachblättern ist er beleuchtet und beurteilt worden, sachlich, freundlich, ablehnend, je nach Parteistandpunkt und wirtschaftlicher Interessenpolitik. Soweit mir die Aeußerungen in der Presse zugänglich gewesen sind, scheint mir der Entwurf schon seiner Tendenz wegen im allgemeinen sympathisch begrüßt zu sein, wenn auch ihm vor allem vorgeworfen wird, daß er schwere,

vielleicht nicht zu rechtfertigende Eingriffe in die kommunale Selbstverwaltung enthalte, und kleinlichen polizeilichen Chikanen sowie unbefugter Einmischung in alle möglichen Privatverhältnisse Tor und Tür öffne. Dessenungeachtet ist aber zu erwarten, daß dem Entwurfe ein besseres Los beschieden sein wird als seinem Vorgänger vom Jahre 1904; denn der Boden für das Gesetz ist jetzt ungleich besser vorbereitet, als vor 9 Jahren.

Das Gesetz zerfällt in 5 Abschnitte, die Artikel bezeichnet werden; sie betreffen:

1) Baugelände,
2) Baupolizeiliche Vorschriften,
3) Benutzung der Gebäude,
4) Wohnungsaufsicht,
5) Schluß- und Uebergangsbestimmungen.

Ueberblickt man diese einzelnen Materien, so ist es ohne weiteres klar, daß das Gesetz lediglich ein Teilgesetz bleiben wird, das nicht annähernd das alles umfaßt, was auf dem Gebiete des Wohnungswesens der gesetzlichen Regelung harrt, namentlich auch in wirtschaftlicher Beziehung. Hierzu gehören noch Fragen des Hypothekenrechtes, der Schaffung von Geldinstituten für den Kleinwohnungsbau, des Erbbaurechtes, der Steuer- und Abgabenerleichterung u. ähnl. m. Es wird damit zu rechnen sein, daß in dieser Hinsicht die Reichsgesetzgebung ergänzend eintreten und, soweit möglich, gesetzlich regeln wird, was zur Lösung des Wohnungsproblems in seinem ganzen Umfange erforderlich ist.

Daß das neue vorliegende Gesetz mit diesen Gegenständen nicht belastet ist und sich zunächst einmal auf das Gebiet beschränkt, auf dem die Not am meisten drängt und greifbare Wirkungen schnell zu erzielen sind, ist m. E. sein unleugbarer Vorzug.

Wenn mir als Medizinalbeamten die Aufgabe zufällt, in unserem Kreise die einzelnen Bestimmungen des Gesetzes zu erörtern, so sind mir von vornherein bestimmte und natürliche Zuständigkeitsgrenzen gezogen; denn ich kann nur das, was den Interessen- und Betätigungskreis des praktischen Hygienikers und des Gesundheitsbeamten berührt, zum Gegenstand der Besprechung machen.

Artikel I: **Baugelände,** betrifft die Aufschließung des Baugeländes und stellt eine Aenderung des Fluchtliniengesetzes von 1875 dar im Sinne einer Erleichterung des Wohnungsbaues. Es interessiert hierbei, daß künftighin die Ortspolizeibehörde das Recht besitzen soll, die Auslegung von Fluchtlinien zu verlangen, wenn nicht allein, wie bisher, Gründe des Verkehrs, der Gesundheit und der Feuersicherheit dazu zwingen, sondern auch anläßlich eines hervortretenden Wohnungsbedürfnisses. Sie bedarf in diesem Falle des Einverständnisses der Kommunalaufsichtsbehörde, d. h. des Regierungspräsidenten. Selbstverständlich ist dabei, daß eine Ortspolizeibehörde, sei sie königlicher oder kommunaler Natur, von der Aufsichtsbehörde auch

entsprechend angewiesen werden kann. Die Begründung des Gesetzes führt dazu aus, daß die rechtliche Möglichkeit für die Staatsbehörden gegeben sein muß, nötigenfalls auch gegen den Widerstand der Gemeindevertretungen solche Maßnahmen zu erzwingen. Darin liegt selbstverständlich eine erhebliche Beschneidung der Gemeinderechte und auch reichlich Nährstoff zu unliebsamen Konflikten zwischen Aufsichtsbehörden und Gemeindeverwaltungen. Nach meinen persönlichen Erfahrungen werden sie nicht so ganz selten zu erwarten sein; denn die Mehrheit in unseren Gemeindevertretungen besteht bekanntlich aus Hausbesitzern, Vermietern, also aus Personen, bei denen vielfach, ohne daß ihnen dies schließlich verübelt werden soll, die Sorge für die eigenen materiellen Interessen und für die eigene Existenz über die für das allgemeine Wohl geht. Es bedarf daher keiner besonderen Sehergabe, um ein Aufeinanderplatzen der verschiedenen Auffassungen von den Pflichten der Gemeindevertretungen vorauszusagen.

Eine weitere Einschränkung der kommunalen Selbstverwaltung, um zunächst noch bei diesem Punkte zu verweilen, bedeutet die Bestimmung über die Milderung des kommunalen Bauverbotes. Bisher war es in das freie Ermessen der Gemeinden gestellt, für noch nicht ganz fertige Straßen ein Bauverbot aus mehr oder weniger beliebigen Gründen auszusprechen. Dies ziemlich weitgehende Recht wurde nicht ganz selten mißbraucht und damit die Errichtung namentlich kleiner Wohnungen absichtlich verhindert; die Begründung des Gesetzes enthält darüber nähere Ausführungen, auf die ich verweise. Ferner interessiert uns die Bestimmung, daß bei Festsetzung der Fluchtlinien der Begriff „Interesse des Wohnungsbedürfnisses“ eine hygienisch sehr bedeutsame Erweiterung insofern erfährt, als gefordert werden kann, daß für Spiel- wie Erholungsplätze und Grünanlagen in ausgiebiger Zahl und Größe je nach dem verschiedenen Bedürfnis der einzelnen Bevölkerungsklassen zu sorgen ist. Es soll ferner dem Wohnbedürfnis der minderbemittelten Kreise dadurch besonders entsprochen werden, daß nicht nur Baublöcke von großer, sondern auch von geringer Tiefe und schmale, daher billige Wohnstraßen in Aussicht zu nehmen sind. Es ist dringend zu wünschen, daß diese Bestimmungen, die eine sachgemäßere Erschließung des Baugeländes im Interesse des Kleinwohnungsbaues gewährleisten und den modernen hygienischen Forderungen im Städtebau gerecht zu werden versprechen, in dem Gesetze erhalten bleiben.

Von einem Eingehen auf die weiteren Bestimmungen des Artikel I, die sich auf das Enteignungsrecht der Gemeinden widerspänstigen Grundbesitzern gegenüber und das Frankfurter Umlegungsgesetz beziehen, glaube ich absehen zu dürfen.

Artikel II handelt von den **baupolizeilichen Vorschriften,** d. h. Bauordnungen, die als Polizei-Verordnungen zu erlassen sind. Die Bestimmungen bezwecken im wesentlichen die Schaf-

fung einer gesetzlich einwandfreien Grundlage für den Erlaß baupolizeilicher Vorschriften, die, wie die Begründung des Gesetzes ausführt, im allgemeinen zwar schon in § 10, II, 17 des Allg. Landrechtes gegeben ist, aber doch nicht in allen Einzelfällen unzweifelhaft feststeht, so daß Bedenken, ob die getroffenen Anordnungen nicht die Zuständigkeit der Polizeibehörden überschreiten, nicht selten waren. Jedenfalls ist es zweifellos, daß baupolizeiliche Vorschriften, wie sie modernen Anforderungen entsprechen und zu einer Reform des Wohnungswesens unerläßlich sind, vielfach der Rechtsgiltigkeit entbehren würden. wenn sie sich nicht auf die Grundlage eines Gesetzes stützen können.

§ 1 gibt in erster Linie die Handhabe, die bauliche Ausnutzbarkeit der Grundstücke abzustufen, eine Bestimmung, die auch vom gesundheitlichen Standpunkt in hohem Maße willkommen zu heißen ist. Wir erleben es unter den jetzigen Bauordnungen, die eine Staffelung der Ausnutzbarkeit des Baugeländes nicht kennen, ja täglich, wie in schnell wachsenden Industriegemeinden auf Bodenflächen, wo gestern noch friedlich die Kühe weideten oder Ackerbau getrieben wurde, heute schon vierstöckige Mietskasernen entstanden sind, in denen die Arbeiterfamilien sich einpferchen müssen, weil der hohen Bodenpreise wegen andere Häuser nicht gebaut werden können, andere Wohngelegenheit somit einfach nicht zu haben ist. Einer solchen Boden- uud Bauspekulation, die oft unbekümmert um gesundheitliche und sittliche Ansprüche des arbeitenden Standes ihre mühelos errungenen Früchte erntet, wird nun wirksam entgegengetreten werden können. Es werden bestimmte Gemeindegebiete für den Flachbau ausersehen werden, die Preise für Grund und Boden werden bei der beschränkten Ausnutzbarkeit des Geländes auch für den Minderbemittelten bezahlbar bleiben. Als Kuriosum sei bei dieser Gelegenheit folgendes mitgeteilt: In einem Referate über den Verbandstag des Preuß. Landesverbandes der Haus- und Grundbesitzervereine, der sich energisch namentlich gegen die Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfes über die bisherige vielfach ungesunde Bodenspekulation wandte, ist die kühne Behauptung aufgestellt, daß die Vorzüge der Mietskaserne dem Ein- oder Zweifamilienhaus gegenüber auch im hygienischen Sinne unbestreitbare seien; statistisch sei nachgewiesen, daß die Sterblichkeit in Massenwohnhäusern eine günstigere sei, als im Einfamilienhause. Ich kenne diese Statistik nicht, bezeichne sie aber ohne weiteres als höchst anfechtbar und den praktischen Erfahrungen zuwiderlaufend.

Ferner wird in § 2 bestimmt, daß auch abgestufte Bauordordnungen Rechtsgiltigkeit haben, d. h. es sollen im Gegensatz zu der bisherigen Gepflogenheit künftighin die Anforderungen, die hinsichtlich der Standfestigkeit, der Feuersicherheit usw. an Wohngebäude zu stellen sind, variabel sein, je nachdem es sich um große, etwa Massenhäuser oder um kleine, Ein- oder

Zweifamilienhäuser handelt. So wird es vielleicht möglich werden, daß der auch für den kleinen Mann erschwingliche Holzbau oder wenigstens der billige Fachwerkbau in den Außengebieten unserer Großstädte und Industriegemeinden erscheinen wird.

Eine weitere den Kleinwohnungsbau fördernde Bestimmung ist die des § 3, wonach auch abgestufte Vorschriften für die Herstellung und Unterhaltung der Ortsstraßen je nach ihrer Art, d. h. ob es sich um Wohn- oder Verkehrsstraßen, um solche mit Mietskasernen oder mit kleinen Häusern zu besetzende handelt, erlassen werden sollen. Sind die Anlegungs- und Befestigungskosten einer Straße niedrige, ihre Breite eine geringe, so verringern sich naturgemäß auch die Anliegerbeiträge in erheblichem Grade und damit auch die Kosten des Hausbaues.

Artikel III, und hiermit komme ich zu den hygienisch wichtigsten Teilen des Gesetzentwurfes, handelt von der **Benutzung der Gebäude.** Er bestimmt, daß Wohnungsordnungen erlassen werden müssen oder können, die die Benutzung namentlich der Kleinwohnungen im gesundheitlichen und wohnungstechnischen Sinne regeln.

Diese Bestimmungen bedeuten gegen den bisherigen Zustand einer behördlichen Ueberwachung des Wohnungswesens einen hocherfreulichen Schritt nach vorwärts; denn wenn es auch so scheinen könnte, als ob ein Teil der im § 3 aufgeführten einzelnen Gesichtspunkte durch die überall ergangenen Baupolizeiverordnungen schon geregelt ist, so ist diese bisherige Regelung größtenteils nur eine scheinbare. Bekanntlich bekümmert sich die Baupolizei um die einschlägigen Verhältnisse im allgemeinen nur bei Erteilung der Bauerlaubnis und bei der Abnahme des Baues; was nachher mit dem Hause geschieht, ob insbesondere die einzelnen Räume in der früher angegebenen Weise auch wirklich benutzt werden, bleibt völlig unkontrolliert und muß es auch mangels gesetzlicher Eingriffsbefugnisse bleiben, wenn nicht grade grobe bauliche Mißstände zu einem Einschreiten führen. Anderseits fassen die Bestimmungen des § 3 an Mißstände, denen bei der bisherigen Rechtslage nur schwer beizukommen war, und die vor allem in den sittlichen Gefahren zu erblicken sind, die, wie die Erfahrung lehrt, in Kleinwohnungen nicht selten bestehen, namentlich auch dann, wenn Einlogierer oder Schlafgänger gehalten werden.

Nun besitzt allerdings eine Reihe von größeren Gemeinden bereits ähnliche Wohnungsordnungen. Im Reg.-Bez. Lüneburg z. B. ist eine Bezirks-Polizeiverordnung über die Beschaffenheit der Mietswohnungen und das Schlafstellenwesen im Jahre 1899 erlassen, die sich auf die größeren Orte des Bezirkes, besonders die Industriegemeinden bezieht, und deren Inhalt so lautet, wie es im großen und ganzen von den kommenden Wohnungsordnungen zu erwarten sein wird. Aber abgesehen davon, daß die Rechtsgültigkeit eines großen Teiles dieser Bestimmungen

äußerst zweifelhaft ist, können sie natürlich nur dann bessernd wirken, wenn eine regelmäßige Kontrolle über die Art ihrer Beachtung statt hat, d. h. eine ständige Wohnungsaufsicht geübt wird. An ihr fehlt es aber noch vielfach, wenigstens im Reg.-Bezirk Lüneburg.

Schwer verständlich ist die Bestimmung, daß nur in Gemeinden oder Gutsbezirken mit mehr als 10000 Einwohnern solche Wohnungsordnungen erlassen werden müssen, während sie für alle anderen wohl ergehen können, aber ein Zwang dafür nicht bestehen soll. Die Begründung des Gesetzes geht nicht darauf ein, warum diese Zahlengrenze gewählt ist. Wer aber die Verhältnisse auf dem Lande und auch in nicht wenigen kleinen Städten genauer kennt, wird mir darin beipflichten, daß kaum irgendwo die Verhältnisse im Wohnwesen trostloser sein können als gerade dort. Nicht mit Unrecht wird gerade in der ländlichen Wohnungsmisere ein wesentlicher Grund für die Abwanderung vom Lande in die Städte erblickt. Haben unsere jungen Leute vom Lande allein schon die nicht gerade allen Ansprüchen an Komfort und Wohnlichkeit genügenden Verhältnisse in den Kasernen kennen gelernt, sind die jungen Mädchen als Dienstmädchen in größeren Städten gewesen, wo ihre Aufenthalts- und Schlafräume auch noch längst nicht immer einwandsfrei sind, so kehren sie nur höchst ungern in die heimatlichen Verhältnisse zurück, in denen die Art des Wohnens im allgemeinen so armselig, häufig sogar geradezu menschenunwürdig ist. Ich kenne die kreisärztlichen Jahresberichte zwar nur aus drei preußischen Regierungsbezirken genauer, glaube aber nicht in der Annahme fehlzugehen, daß die Schilderungen über die ländlichen Wohnungsverhältnisse aus der Mehrzahl der übrigen Bezirke kaum weniger düster und drastisch lauten, als aus diesen. Zum Teil ist das geringe Verständnis bei der ländlichen Bevölkerung für die einfachsten hygienischen Grundregeln dafür verantwortlich, des ferneren alteingewurzelte üble Sitten, größtenteils aber zweifellos mangelnde bauliche Beschaffenheit und Unzulänglichkeit. Gegen alle diese Fehler und Mißstände will nun das Gesetz einschreiten; denn wenn man auch an bestimmten Stellen des Entwurfes den Eindruck gewinnen kann, als ob der Schwerpunkt auf bautechnische Reformen gelegt wird, so stellt sich das Gesetz als Ganzes betrachtet doch im wesentlichen als ein auf Förderung der Gesundheit abzielendes, als ein sanitäres dar. Es würde deshalb ein bedauerlicher Torso bleiben, wollte es gerade den Teil des Wohnungswesens unberücksichtigt lassen, der am dringendsten nach Reform verlangt, und auf dem ganz gewiß nicht leicht zu nehmende gesundheitliche Gefahren vorhanden sind. Auch den ländlichen Arbeitgebern, Großgrundbesitzern wie mittleren und kleineren Landwirten, muß viel daran gelegen sein, daß der Abstand zwischen städtischen und ländlichen Wohnungen sich nicht noch mehr vergrößere, und die Landflucht aus diesem Grunde immer weiteren Umfang annimmt. Es aber darauf

ankommen zu lassen, daß kleinere Gemeinden oder kommunale Verbände aus eigener Initiative und freiwillig sich dem den größeren auferlegten Zwange anschließen werden, hieße doch einem einigermaßen weltfremden Optimismus huldigen.

Aus allen diesen Gründen halte ich es deshalb für unbedingt geboten, daß die nach Artikel III des Gesetzes zu erlassenden Wohnungsordnungen ohne Rücksicht auf die Größe der Gemeinden überall ergehen. Selbstverständlich ist dabei, daß solche Wohnungsordnungen nicht unterschiedslos für Stadt und Land lauten können; man wird an hochentwickelte und industrielle Gemeinwesen höhere und andere Ansprüche stellen müssen und dürfen als an rein ländliche, andere an reiche Bauerngemeinden als an armselige Heidedörfer. Eine den Verhältnissen Rechnung tragende Staffelung auch dieser Ordnungen wird daher erforderlich sein.

Ich deutete bereits an, daß ein notwendiges Korrelat zu Wohnungsordnungen die ständige Wohnungsaufsicht darstellt, ohne die jenen ein praktischer Wert nicht beizumessen ist, sie vielmehr wirkungslose Anordnungen bleiben müssen. Eine solche **Wohnungsaufsicht,** wie sie von einer Reihe größerer Gemeinden schon geübt oder wenigstens angestrebt wird, für das ganze Staatsgebiet gesetzlich zu regeln, ist durch Artikel IV beabsichtigt. Im § 1 wird bestimmt, daß die Aufsicht über das Wohnungswesen den Gemeindevorständen, also zunächst nicht den Polizeibehörden obliegt, und daß sie die Befolgung der Vorschriften der Wohnungsordnungen zu überwachen haben. Die Begründung des Gesetzes motiviert diese den Gemeinden übertragene Zuständigkeit damit, daß sie ausführt, die bei der Wohnungsaufsicht sich entfaltende Tätigkeit sei überwiegend eine beratende, belehrende und erzieherische, indem sie den Sinn für hygienisches Wesen anregt und fördert. Die Wohnungsaufsicht soll also in erster Linie ein Akt gesundheitlicher und sozialer Fürsorge werden, zu dessen Ausübung vornehmlich die Gemeinden selbst berufen sind, und bei dem die polizeiliche Seite soweit als möglich zurückzustellen ist. Erst dann, wenn es auf gütlichem Wege nicht gelingt, gröbere Mißstände zu beseitigen, ist der Appell an die Polizei vorgesehen, wie es im § 3 dieses Artikels bestimmt ist. Dieser Begründung wird man rückhaltlos zustimmen können.

Ferner sind im § 1 Bestimmungen über die Organisation der Wohnungsaufsicht enthalten. Für Großstädte sind Wohnungsämter einzurichten mit dem erforderlichen, in geeigneter Weise vorgebildeten Personal; auch in einzelnen kleineren Gemeinden können sie gebildet, durch Anordnung der Aufsichtsbehörde sogar verlangt werden; mehrere Gemeinden können sich auch zu einem Wohnungsamt zusammenschließen. Statt Errichtung von Aemtern kann ferner für kleinere Gemeinden die Anstellung besonderer beamteter Wohnungs-

aufseher vorgeschrieben werden, die in geeigneter Weise vorgebildet sind.

Im Anschluß an meine Ausführungen über die Ausdehnung des Erlasses von Wohnungsordnungen ohne zahlenmäßige Grenze halte ich es für geboten, daß eine Wohnungsaufsicht auch überall geübt wird; ob durch Wohnungsämter oder durch Wohnungsaufseher möge dahingestellt bleiben.

Nähere Bestimmungen über den Ausbau der Wohnungsaufsicht sind, abgesehen von der Anordnung des § 4, nach der dafür die Verein-Dienstanweisungen zwischen Gemeindevorstand und Ortspolizeibehörde zu vereinbaren sind, nicht getroffen; alles Dahingehörige bleibt vielmehr dem Ermessen der Gemeinden überlassen, z. B. wer an die Spitze der Wohnungsämter zu stellen ist, was sie unter den für die Aufsicht in geeigneter Weise vorgebildeten Personen verstehen wollen u. dgl. m. Die Begründung gibt aber einige Fingerzeige, wie in der Praxis die Durchführung der gesetzlichen Regelung und der Ausbau der Aemter sich vollziehen soll. Sie führt aus, daß für die zweckentsprechende Ausführung der Wohnungsaufsicht neben hygienischen namentlich auch bautechnische Kenntnisse erforderlich seien, und daß es deshalb z. B. untunlich sei, sie etwa den Armenärzten zu übertragen. Dagegen soll es den Gemeinden freigestellt bleiben, ob sie die Gesundheitskommissionen und die Kreisärzte mit den Wonungsämtern in Verbindung bringen wollen, d. h. es ist völlig in ihr Belieben gestellt, von einer Mitwirkung des Kreisarztes Gebrauch zu machen oder nicht. Es liegt ein gewisser Widerspruch darin, daß das Gesetz vorschreiben will, die Wohnungsaufsicht soll einen beratenden, aufklärenden und belehrenden Charakter haben, daß aber anderseits im Gesetz selbst wie besonders auch in der Begründung dazu die Absicht unverkennbar hervortritt, den Bautechniker in erster Linie zum Träger der Wohnungsaufsicht zu machen, und daß nur nebenher auch dem Gesundheitsbeamten wenigstens die Möglichkeit der Mitwirkung nicht versperrt werden soll. Gerade bei der Errichtung der Wohnungsämter, besonders aber bei der Durchführung der Wohnungsaufsicht sind so überwiegend, ja fast ausschließlich Fragen gesundheitlicher Natur im engeren wie im weiteren Sinne im Spiele, daß es geradezu als ein Unding erscheinen muß, wenn zu ihrer durch das Gesetz angestrebten Lösung eher ein Baubeamter als der staatliche Gesundheitsbeamte, der Kreisarzt, gesetzmäßig verpflichtet werden soll, der doch sonst in erster Linie und mit Recht als der berufene Vertreter der Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege gilt. Die Denkschrift irrt, wenn sie ausführt, daß derjenige, der eine sachgemäße Wohnungsaufsicht üben soll, neben hygienischen namentlich auch über bautechnische Kenntnisse verfügen muß. Vergegenwärtigen wir uns einmal kurz, worauf es denn bei der Wohnungsaufsicht in praxi hauptsächlich ankommen wird: Zunächst wird dafür zu sorgen sein, daß eine verständige Ausnützung der vorhandenen Räume statt hat, und soweit als irgend

möglich der nötige Luftraum für den einzelnen Bewohner vorhanden; ist dabei wird mit der berüchtigten „guten Stube“ häufig aufgeräumt werden müssen. Es wird weiter darauf hinzuwirken sein, daß ein möglichst ausgiebiges Eindringen von reiner Luft und Licht in die Wohnungen, besonders in die zum Schlafen benutzten Räume gewährleistet wird. Man wird darauf dringen, daß solche Zimmer nicht nach Norden liegen, daß ihre Fenster nicht dorthin münden, wo eine starke Staubentwicklung statt hat; die Hausfrau wird darüber aufgeklärt werden müssen, wie wichtig eine sorgfältige tägliche Reinigung ist, bei der namentlich auch den Fußböden mit ihrem zerriebenen Straßenstaub Aufmerksamkeit zu schenken ist, wie notwendig ein fleißiges Lüften ist, besonders dann, wenn staubentwickelnde Verrichtungen in der Wohnung vorgenommen waren. Es wird ihr geraten werden, das Kochen und Waschen in Räumen, in denen geschlafen und gewohnt wird, soweit als möglich einzuschränken, schmutzige Wäsche, ammoniakalisch riechende Kinderwindeln dort nicht aufzustapeln. Einem verständigen Heizen und einer nur irgendwie erreichbaren Behaglichkeit und Ordnung in der Wohnung wird das Wort geredet werden müssen usw.

Das alles soll, wie der Gesetzgeber will, zunächst im Sinne der Belehrung und Ermahnung und auf dem Wege des guten Rates erreicht werden. Das ist gewiß richtig und erwünscht. Wer aber raten und überzeugend raten und belehren soll, muß auch seine Vorschläge begründen können. Wird man das von einem vorwiegend bautechnisch vorgebildeten Wohnungspfleger erwarten und voraussetzen dürfen? Wird er in der Lage sein, seinem Publikum wirksam auseinanderzusetzen, daß Bleichsucht und englische Krankheit vorwiegend durch Mangel an Luft und Licht in überfüllten Wohnungen verursacht wird, daß für die Säuglingssterblichkeit häufig die Ueberhitzung der Wohnungen das ätiologische Moment ist, daß Erkältungen und rheumatische Affektionen ihre Ursache finden in feuchter Atemluft in den Wohnungen, daß die Gefahr, Infektionskrankheiten und namentlich die Tuberkulose zu akquirieren und ihnen zu erliegen, in demselben Grade wächst wie die unhygienische Beschaffenheit der Wohnungen zunimmt? Die richtige Antwort auf diese Fragen dürfte nicht schwer zu finden sein.

Wohl aber darf umgekehrt bei einem nur hygienisch Geschulten als sicher anzunehmen sein, daß er Löcher in den Fußböden, abgerissene Tapeten, feuchte und sonst reinigungsunfähige Wände, mangelhafte Fenster entdecken und rügen wird und daß er soweit mit dem Metermaß vertraut ist, um Zustände festzustellen, die sonst mit den Wohnungsordnungen nicht im Einklang stehen.

In der Tuberkulosebekämpfung wird schon jetzt an vielen Stellen eine praktische Wohnungsaufsicht geübt mit Organen, die lediglich medizinisch geschult sind, ich meine die Fürsorgeschwestern. Ihre Tätigkeit ist neben der Erfüllung der rein sanitätspolizeilichen Aufgaben doch vorwiegend eine

auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge sich bewegende. Soweit meine Erfahrungen reichen, darf sie als eine recht ersprießliche und vorbildliche bezeichnet werden, wie ich denn überhaupt die Auffassung vertrete, daß zu der Wohnungspflege und Aufsicht in erster Linie die Frau berufen sein wird.

Nur von einer Wohnungsaufsicht, die im Sinne der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung arbeitet, bei der gleichzeitig auch die auf der modernen Hygiene sich aufbauenden ethischen Forderungen nach Reinheit, Sittlichkeit und Nüchternheit zu ihrem Rechte kommen, ist eine Einwirkung auf die aus dem Wohnwesen sich ergebenden sozialhygienischen Schäden unserer minderbemittelten Bevölkerung zu erwarten.

Darum glaube ich mit allem Nachdruck betonen zu sollen, daß es einen verhängnisvollen Fehlgriff bedeuten würde, wollte man nicht dem öffentlichen Gesundheitsbeamten eine ausgiebige Mitwirkung bei der Wohnungsfürsorge in dem Gesetze sichern und ihm einen weitgehenden Einfluß auf die Gestaltung der Wohnungsaufsicht und die Ausbildung der Wohnungsaufsicht einräumen. Erfolgreich wird das nur in der Weise geschehen können, daß an die Spitze der Wohnungsämter oder der sonstigen Organisation der Wohnungspflege die Kreisärzte gestellt werden, oder zum wenigsten, daß sie sich in deren Leitung mit einem Bautechniker in voller Gleichberechtigung teilen.

Das ist, wie gesagt, vor allem im Interesse der Sache geboten. Wird von den Wohnungsämtern nur in Streitfällen, also nur gelegentlich der Kreisarzt gehört, so wird er bald ausgeschaltet sein, zum wenigsten aber wird sein Interesse erlahmen; denn wer auf einem Betätigungsgebiete kein legitimes Heimatsrecht besitzt und sich nur geduldet vorkommt, wird nun und nimmermehr etwas ersprießliches auf ihm leisten. Wir haben in dieser Hinsicht bei der Gewerbehygiene genügend unerfreuliche Beobachtungen gemacht, die, mögen auch vereinzelt günstigere Erfahrungen vorliegen, im allgemeinen an einem bedenklichen Mangel an ärztlicher Mitwirkung in Preußen laboriert. Ich kann es mir nicht vorstellen, wie auf einem noch wichtigeren Gebiete der Gesundheitspflege eine erfolgreiche Arbeit sich entwickeln und etwas Befriedigendes sich erzielen lassen soll, wenn der staatliche Gesundheitsbeamte abseits steht.

Die in Aussicht genommene Regelung, die von einer obligatorischen Beteiligung des Kreisarztes absieht, es vielmehr den Gemeinden überlassen will, bei der Einrichtung der Wohnungsämter und der Durchführung der Wohnungsaufsicht den Kreisarzt zu beteiligen oder nicht, ist schließlich auch deshalb um so befremdlicher, als dadurch eine Materie eine grundsätzliche Umgestaltung erfahren soll, die durch neuere gesetzliche Anordnungen bis zu einem gewissen Grade bereits geregelt

ist. Ueberall dort nämlich, wo die Gemeinden von der ihnen zugedachten Befugnis Gebrauch machen, auf die Mitarbeit des Kreisarztes zu verzichten, werden die §§ 70—73 der kreisärztlichen Dienstanweisung mit ihren Verpflichtungen für die Kreisärzte zur Teilnahme an der Wohnungsaufsicht ohne weiteres außer Kraft gesetzt. Es ist nicht zu verstehen, warum das neue Gesetz diesen Bestimmungen der Dienstanweisung nicht nur nicht Rechnung getragen hat, sondern sie sogar zu beseitigen sucht, während es im übrigen die Tendenz zeigt, weitgehende Rücksicht auf schon bestehende zu nehmen. So schont es z. B. sorgfältig das alte Fluchtliniengesetz von 1875, das nach Ansicht mehrerer Kritiker jetzt besser eine völlige Umgestaltung hätte erfahren sollen. Die Aufhebung vorhandener Bestimmungen könnte nur dann als gerechtfertigt gelten, wenn die bisherigen Erfahrungen mit ihnen so schlecht waren, daß sie Aenderung erheischten. Ich bezweifle sehr, ob diese Voraussetzung für die §§ 70—73 der Dienstanweisung zutrifft.

Die dringend zu fordernde Beteiligung des Kreisarztes an der Wohnungsaufsicht in der Weise, daß er die Leitung der Wohnungsämter erhält, sich an den Besichtigungen periodisch beteiligt, die Wohnungspfleger ausbildet, ihre Berichte entgegennimmt und sie mit Anweisungen versieht, würde für den Ausbau der kreisärztlichen Stellung und seinen Einfluß auf die Bevölkerung von tiefgehender Bedeutung sein. Erst wenn der Kreisarzt, losgelöst von jeder privatärztlichen Tätigkeit, nicht nur der Berater der Behörden ist, sondern in beständiger enger Fühlung mit der Bevölkerung auch deren beratender Vertrauensmann in allen Fragen der Gesundheitspflege wird, wird annähernd das erreicht sein, was uns allen als das Ideal der kreisärztlichen Stellung vorschwebt. Die Möglichkeit dazu ist jetzt gegeben, es wäre sehr zu bedauern, wenn sie verpaßt würde.

Die gesetzliche Beteiligung des Kreisarztes an der Wohnungsaufsicht in dem gedachten Umfange ließe sich auch unschwer durchführen. Denn wenn es auch manchem vollbesoldeten Kreisarzte mit jetzt oft schon überreichlichem Arbeitsmaß nicht ohne weiteres zuzumuten ist, jene Erweiterung seiner Dienstgeschäfte zu übernehmen, so wäre dieser Schwierigkeit durch Vermehrung der Kreisassistenzarztstellen leicht und erfolgreich zu begegnen.

Leider zeigt der Gesetzentwurf auch noch in dem letzten hier zu besprechenden § 5 die zwar nicht ausgesprochene, nach den Ausführungen der Denkschrift aber unverkennbare Absicht, den Einfluß des Bautechnikers zum vorwaltenden bei der künftigen Handhabung des Gesetzes zu gestalten. Nach § 5 sollen den Regierungspräsidenten nämlich besondere Wohnungsaufsichtsbeamte und zwar solche mit höherer Vorbildung beigegeben werden. Welcher Beamtenkategorie diese zu entnehmen beabsichtigt ist, geht aus der Denkschrift hervor, die auf den Vorgang im Regierungsbezirk Düsseldorf empfehlend

hinweist, wo seit 1902 ein höherer Baubeamter die Funktionen eines Aufsichtsbeamten über die Wohnungsinspektion wahrnimmt. Mir ist nicht bekannt, wie diese Einrichtung sich bewährt hat. Hat sie so segensreich gewirkt, daß auch namentlich die gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung überall zu ihrem Rechte gekommen sind, so beweist dies nur, daß auch einmal ein lediglich bautechnisch vorgebildeter höherer Beamter dieser Aufgabe gewachsen sein kann; vor einer Verallgemeinerung einer solchen Erfahrung dürfte aber doch sehr zu warnen sein.

Das Bedürfnis nach einem besonderen technischen Beamten bei den Regierungen wird auch nicht anerkannt werden können, wenn die Wohnungsaufsicht in der Lokalinstanz bereits von höheren Beamten geleitet wird; außerdem haben die Regierungspräsidenten für dies Gebiet bereits ihre Berater in Gestalt der Reg.- und Medizinalräte und der Reg.- und Bauräte. Sollten deren Kräfte nicht ausreichen, so wären sie zu vermehren, aber keinesfalls einseitig im Sinne der weiteren Anstellung von bautechnischen Beamten, sondern immer nur so, daß dem medizinaltechnischen Berater der ihm gebührende sehr erhebliche Einfluß gewahrt bleibt. Schließlich spricht gegen die Anstellung eines besonderen Beamten der Umstand, daß seine Tätigkeit eine so einseitige werden muß, daß ein besonderer Anreiz zu diesem Amt und daraus die Voraussetzung zu einem erfolgreichen Wirken kaum gegeben sein kann.

M. H.! Ich hoffe, Ihnen ein einigermaßen deutliches Bild von dem Gesetzentwurf geliefert und Ihnen auch gezeigt zu haben, wo von unserem Standpunkt aus auf einschneidende Verbesserungen zu dringen ist. Ich messe ihnen eine so große und grundsätzliche Bedeutung bei, daß ich es tief beklagen würde, wenn der Entwurf Gesetz würde, ohne ihnen Rechnung zu tragen.

Zum Schluß möchte ich mich noch vor dem Verdacht verwahren, als ob meine Vorschläge zu Aenderungen nur von der Wahrnehmung der kreisärztlichen Interessen diktiert gewesen seien. Wenn die Berücksichtigung meiner Ausführungen eine Besserung der kreisärztlichen Stellung im materiellen wie im ideellen Sinne im Gefolge haben muß, so ist das gewiß eine sehr zu begrüßende Nebenerscheinung; maßgeblich für meine Stellungnahme zu dem Entwurf war lediglich der Wunsch, daß das neue Gesetz die Hoffnungen erfüllt, die nicht allein die Gesundheitsbeamten, sondern auch weitere Kreise ihm entgegenbringen.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

H. Geh. Reg.-Rat Dr. **Saenger**-Berlin, vortragender Rat im Ministerium des Innern: M. H.! Die sehr dankenswerten Ausführungen, die der Herr Vortragende über das Wohnungsgesetz gemacht hat, enthielten doch zu meinem Bedauern insofern einen schweren Vorwurf, als er darin eine Nichtberücksichtigung der Kreisärzte und der Medizinalbeamten erblickte. Wenn dieser Vorwurf begründet wäre, so würde er in erster Linie auf mich zurück-

fallen; denn ich habe, wenn auch nicht als Vertreter der Medizinalabteilung, so doch in anderer Eigenschaft an der Redaktion des Entwurfes mitgewirkt. Ich fühle mich nach dieser Richtung aber ganz unschuldig. Zunächst möchte ich feststellen, daß in dem Gesetzentwurf — und nur das Gesetz ist maßgehend — dieser Vorwurf keine Stütze findet. Das Gesetz geht m. E. in durchaus richtiger Weise davon aus, möglichste Freiheit in der *Gestaltung der Wohnungsaufsicht* zu lassen. Die Wohnungsaufsicht wird, wenn sie irgendeinen Erfolg haben soll, in dem einen Ort ganz anders gehandhabt werden müssen als in dem anderen. In dem einen Ort werden Sie genug ehrenamtliche Kräfte finden; in anderen Orten werden Beamte angestellt werden müssen, und je nach Lage der Sache wird man genötigt sein, in dem einen Ort einen Beamten zu nehmen, der vielleicht Bautechniker ist und daneben aber auch hygienische Kenntnisse hat, in dem anderen Ort einen Hygieniker, der auch — was ich für sehr wohl möglich halte — die nötigen bautechnischen Kenntnisse hat. Jede Schablonisierung auf diesem Gebiete würde, glaube ich, ein grundsätzlicher Fehler sein.

Nun hätte es ja nahe gelegen — und ich selbst habe diese Frage geprüft —, wenigstens insofern dem Gedanken, dem der Herr Vortragende Ausdruck gegeben hat, durch irgendeine Bestimmung des Gesetzes Rechnung zu tragen, durch die das Amt des Kreisarztes mit der Wohnungsaufsicht in Verbindung gebracht wurde. Wenn dies nicht geschehen ist, so findet es darin seine einfache Erklärung, daß die Wohnungsaufsicht nicht der Kreisinstanz zugewiesen ist, sondern in erster Linie *Sache der Gemeinden* geworden ist. Damit war naturgemäß eine organisatorische Verbindung zwischen der Wohnungsaufsicht und dem Amte des Kreisarztes ausgeschlossen. Daß aber der Kreisarzt dabei ein genügendes Feld der Tätigkeit haben wird, das wird durch keine Bestimmung des Gesetzentwurfes ausgeschlossen, sondern im Gegenteil, *es wird wohl ganz ohne weiteres klar, daß innerhalb der Tätigkeit, die dem Kreisarzte schon jetzt zugewiesen ist, gerade auch die Ueberwachung der gemeindlichen Wohnungsaufsicht künftig an erster Stelle stehen wird.*

Ich muß aber auch weiter sagen, daß ganz abgesehen davon, daß der Wortlaut des Gesetzes maßgebend ist, die Vorwürfe nicht einmal ihre Unterstützung in der Begründung finden. Es steht in der Begründung — was der Herr Referent m. E. übersehen hat —, ausdrücklich: „Die Uebertragung der Wohnungsaufsicht ausschließlich auf die Armenärzte empfiehlt sich schon mit Rücksicht darauf nicht, daß neben hygienischen namentlich auch bautechnische Kenntnisse für die zweckentsprechende Ausführung der Besichtigung erforderlich sind.“ Es ist also keineswegs aus der Begründung herauszulesen, daß etwa die *Aerzte*, seien es Kreis- oder Gemeindeärzte, ausgeschlossen werden sollen, sondern es ist nur gesagt, daß man es ihnen in einem solchen Gesetze nicht unter allen Umständen hat vorbehalten wollen. Nach dieser Richtung hin möchte ich allerdings die Ausführungen des Herrn Referenten noch mit einigen Worten ergänzen. Es ist mir ohne weiteres klar, daß man alles, was der Herr Referent über die Teilnahme des Arztes und insbesondere des beamteten Arztes an der Wohnungsaufsicht gesagt hat, unterschreiben kann. Die Beseitigung der vorgefundenen Mängel wird aber in allen den Fällen ein gewisses bautechnisches Wissen erfordern, wo sich die *Belehrung* nicht so sehr — der Herr Referent sprach hauptsächlich von dieser Art Belehrung — an den Mieter, an den Inhaber der Wohnung, als an den *Besitzer* richtet. Es ist doch vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß es sich hierbei zum großen Teil um bautechnische Fragen handelt, beispielsweise um Berechnung der Tragfähigkeit und ähnliches, wo in der Tat eine *bautechnische Mitwirkung* nicht zu entbehren ist. Ich glaube, auf lange hinaus wird neben der außerordentlich wichtigen Belehrung des Mieters der Kampf gegen Unterlassungssünden des Hausbesitzers bei der Bekämpfung der Wohnungsnot im Vordergrunde stehen. Der Herr Referent sagte ja selbst, daß, wenn die Gemeinden vielfach versagt haben, dies in erster Linie darauf zurückzuführen sei, daß die Hausbesitzer Widerstand leisten. Dieser *Widerstand des Baubesitzers* wird allerdings sachgemäß in vielen Fällen nur beseitigt werden können, wenn der *Bautechniker* dahinter steht und gegenüber der Klage, es sei nicht durchführbar, es erfordere außerordentliche Kosten, ihn technisch belehren kann, daß es durchführbar ist und auch nicht einmal so viel Kosten erfordert.

Aber von irgend einem Ausschließen des Kreisarztes von der Wohnungsaufsicht ist weder in dem Gesetz, noch in der Begründung ein Wort zu entnehmen.

Was dann den Bezirkswohnungsaufsichtsbeamten anbetrifft, so möchte ich auch da betonen, daß das Gesetz lediglich die Freiheit gibt, besondere Beamten dem Regierungspräsidenten zu überweisen. Es verweist dabei auf den Regierungsbezirk Düsseldorf, weil dieser der einzige ist, der einen solchen Bezirkswohnungsaufsichtsbeamten hatte; es war ein Regierungs- und Baurat Weber, der übrigens leider vor kurzem gestorben ist. Er hat eine sehr ausgiebige und keineswegs monotone Tätigkeit entfaltet. Ich hoffe sehr stark, daß mit der Bestellung derartiger Beamten fortgefahren wird. Daß aber dazu nicht auch ein Hygieniker genommen werden könne, davon steht weder im Gesetz, noch in der Begründung etwas. Ich hoffe, die preußischen Medizinalbeamten werden das Interesse für die Wohnungsfürsorge so sehr betätigen, daß, wenn, was weiter zu hoffen ist, recht viel derartige Stellen geschaffen werden, unter ihnen sich auch eine Reihe früherer Kreisärzte befinden werden. (Bravo!)

Vorsitzender: M. H.! Die Ausführungen des Herrn Vorredners haben sicherlich die meisten von uns in bezug auf ihre Bedenken wegen der Ausschaltung des Kreisarztes bei der künftigen Wohnungsaufsicht etwas beruhigt. Nach dem Wortlaut des Gesetzes muß man allerdings mehr oder weniger zu der Ansicht kommen, die von dem Herrn Referenten in seinen vorzüglichen Ausführungen vorgetragen würde. Die Verhältnisse liegen aber hier ebenso wie bei dem Entwurf des Wassergesetzes, den wir auf unserer vorjährigen Hauptversammlung beraten haben. Auch hier wurde von dem Herrn Referenten bemängelt, daß der Kreisarzt und seine notwendige Mitwirkung auf diesem Gebiete in dem Gesetz gar nicht erwähnt sei, demgegenüber jedoch vom Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel betont, daß dies im Gesetz selbst nicht möglich sei, wohl aber in den Ausführungsbestimmungen und hier werde sicherlich dem Kreisarzte eine den gesundheitlichen Anforderungen entsprechende Mitwirkung eingeräumt werden. Nach den Erfahrungen, die die Medizinalbeamten auf gewerbehygienischem Gebiete gemacht haben, ist es allerdings begreiflich, wenn sie ihre Mitwirkung im Gesetz selbst sichergestellt sehen möchten und es den Gemeinden nicht völlig überlassen bleibt, ob sie dabei die Kreisärzte heranziehen wollen; nach den Ausführungen des Herrn Vorredners dürfen wir aber wohl bestimmt darauf rechnen, daß in den von der Zentralinstanz zu erlassenden Ausführungsbestimmungen nicht nur für eine dem öffentlichen Interesse und unseren Wünschen entsprechende Mitwirkung der Medizinalbeamten, sondern auch dafür gesorgt wird, daß diese nicht von den ausführenden Behörden beliebig ausgeschaltet werden kann. Hoffentlich erleben wir in dieser Hinsicht keine ähnlichen Enttäuschungen wie bei der Gewerbehygiene!

Ich möchte dann noch zwei Punkte kurz berühren, in denen ich mit dem Herrn Referenten, dessen Ausführungen sonst meinen vollen Beifall gefunden haben, nicht völlig übereinstimme. Er schlägt vor, wenn infolge der größeren Heranziehung der Kreisärzte bei der Wohnungsaufsicht ihre Arbeitskraft nicht ausreichen sollte, mehr Kreisassistenzärzte für ihre Unterstützung anzustellen, ein Vorschlag, den ich für höchst bedenklich halte. Man darf hierbei nicht vergessen, daß die Kreisassistenzärzte doch alle einmal Kreisärzte werden wollen; vermehren wir aber ihre Zahl, desto weniger Aussicht haben sie auf Erfüllung dieses berechtigten Wunsches und desto mehr wird das Avancement der Medizinalbeamten verschlechtert. Das liegt aber weder im öffentlichen Interesse, noch im Interesse unseres Standes. Wird das Arbeits- und Aufgabengebiet der Kreisärzte so erweitert, daß sie dieses in großen Bezirken nicht mehr bewältigen können, dann soll man, wie bei anderen Beamtenkategorien, diese Beamten selbst, also die Kreisärzte, und nicht die Hilfskräfte in Gestalt von Kreisassistenzärzten vermehren. (Sehr richtig!)

Auch mit dem Vorschlag, den Frauen eine größere Tätigkeit auf dem Gebiete der Wohnungsaufsicht einzuräumen, kann ich mich auf Grund der Erfahrungen, die in dieser Hinsicht in meinem Regierungsbezirk, speziell in Bielefeld, gemacht sind, nicht vollständig einverstanden erklären. Die Frauen eignen sich gerade auf diesem Gebiete nicht so zur Mitwirkung, weil ihnen die damit verbundene Tätigkeit, namentlich das notwendige Eindringen

in die Interna der Wohnungsverhältnisse, unangenehm ist und weit weniger zusagt, als z. B. die Mitwirkung bei der Säuglings-, Krüppel-, Trinker- oder Tuberkulosefürsorge. Viel geeigneter werden sich bei der Wohnungsaufsicht sog. Gesundheitsaufseher erweisen, die der Kreisarzt auch sonst als seine Hilfsbeamten, z. B. bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten benutzen kann. Ich will auf die Heranziehung solcher Hilfskräfte hier nicht näher eingehen; für uns kommt es heute hauptsächlich darauf an, zu betonen, daß den Kreisärzten bei der Ausübung der Wohnungsaufsicht die nötige Mitwirkung gesichert werden muß. (Bravo!)

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Fielitz**-Halle a. S.: Nach meinen Erfahrungen — und ich glaube im Sinne der meisten Kreisärzte zu sprechen —, muß ich im Gegensatz zu den Herren Vorrednern dem Herrn Referenten zustimmen. Wenn z. B. die Bestimmung bestehen bleibt, daß für Gemeinden und Gutsbezirke mit weniger als 10000 Einwohnern es den Gemeinden überlassen wird, ob sie eine Wohnungsaufsicht einführen wollen oder nicht, dann wissen wir ganz genau, daß die Hausbesitzer in diesen Gemeinden eine solche Einführung ebenso verhindern werden wie die Mitwirkung des Kreisarztes, der in kleineren Gebieten sicherlich nicht dazu herangezogen wird (Lebhafte Zustimmung). Das ist doch ganz klar. (H. G. Geh. Ob.-Reg.-Rat Saenger: Die Aufsicht wird für alle Gemeinden eingeführt, nur die Wohnungsordnungen nicht!) Die Benutzung der Gebäude ist nach meiner Auffassung die Hauptsache; denn das Abnehmen des Baues geschieht schon heute. Ich bin etwas pessimistisch; ohne gesetzlich vorgeschriebene Wohnungsaufsicht wird, wenigstens auf dem Lande, wenig geschehen. Es ist deshalb außerordentlich bedauerlich, daß eine solche im Gesetz nicht unbedingt vorgesehen ist; denn wir wissen ganz genau, wenigstens diejenigen, die wie ich, großstädtische und ländliche Verhältnisse kennen, daß in großen Städten eigentlich eine solche Vorschrift kaum noch nötig ist, wohl aber für das Land und die kleineren Städte. Die Großstädte haben tatsächlich schon selbst für eine wirksame Wohnungsaufsicht gesorgt und in dieser Hinsicht schon ganz bedeutende Fortschritte aufzuweisen. Wir haben z. B. in Halle ein Wohnungsamt und eine Wohnungsinspektorin, die sich — da muß ich dem Herrn Vorsitzenden widersprechen — außerordentlich bewährt hat. Bedauerlich ist nur, daß sie weniger hygienisch, als nationalökonomisch vorgebildet ist. Dies halte ich für einen Fehler, anderseits aber für einen Beweis, daß der Gesundheitsbeamte bei dieser Tätigkeit nicht zu entbehren ist. Alle erfahrenen alten Kreisärzte, die ländliche und städtische Verhältnisse kennen, werden mir aber sicherlich Recht geben, daß die ländlichen Verhältnisse heutzutage viel schlechter sind und viel mehr eine Wohnungsaufsicht nötig haben, als die städtischen. (Sehr richtig!) Deswegen ist es unter allen Umständen bedauerlich, daß diese nicht obligatorisch in dem Gesetz vorgeschrieben ist; nicht minder bedenklich ist aber auch, daß die Mitwirkung des Kreisarztes nicht gesetzlich gesichert ist; denn seien Sie überzeugt: es sind nicht nur die Agrarier, die gegen den Kreisarzt eingenommen sind; auch die Hausbesitzer in den Gemeinden werden schon dafür sorgen, daß er zur Wohnungsaufsicht nicht herangezogen wird. (Lebhafte Zustimmung).

H. Reg.- u. Med.-Rat Dr. **Wolff**-Lüneburg, Berichterstatter (Schlußwort): M. H.! Es hat mir selbstverständlich vollständig ferngelegen, Vorwürfe gegen den Gesetzentwurf zu erheben, sondern ich hatte nur den Wunsch, gewissen Reformvorschlägen von unserem Standpunkte aus zu ihrem Rechte zu verhelfen. Ich betone nochmals, daß die Tendenz des Gesetzes dahin geht, dem Bautechniker den vorwaltenden Einfluß bei seiner Handhabung einzuräumen. Das kann nach seiner Fassung gar keine Frage sein. Wohin die Reise geht, beweist eine Annonce, die am 1. März in der „Sozialen Praxis" erschien. Danach suchte die Stadt Charlottenburg einen Vorsteher ihres Wohnungsamtes unter folgenden Bedingungen: „Abgeschlossene bautechnische Vorbildung und Gehalt von 4—6000 Mark." Ich glaube kaum in der Annahme fehlzugehen, daß ein so dotierter höherer Beamter eine völlig selbständige Stellung erwartet und sich einem Kreisarzte nicht ohne weiteres unterordnen wird. Die Stadt Charlottenburg geht demnach mit der Absicht um, das Gesetz so auszulegen, wie es uns allen erschienen ist, als ein Gesetz, in dem nicht der Gesundheitsbeamte das erste Wort zu sprechen hat, sondern der bautechnisch vorgebildete Beamte.

Dann möchte ich auch dagegen eine kleine Verwahrung einlegen, als ob der Kreisarzt nicht in der Lage sein sollte, einen Hausbesitzer auch soweit bautechnisch zu kontrollieren, daß er ihn auf alle möglichen Schäden aufmerksam machen und für ihre Abstellung erfolgreich wirken kann. Ich erinnere an die kreisärztlichen Schulbesichtigungen, bei denen doch zum größten Teil Fragen bautechnischer Natur zu beantworten sind. Es handelt sich dabei um die Prüfung der ganzen baulichen Beschaffenheit des Hauses, und in dem für die Berichterstattung vorgeschriebenen Formular ist der wesentlich breitere Raum diesen und nur am Schluß noch ein kleiner einigen gesundheitlichen Fragen eingeräumt. Daß diesen Besichtigungen und ihren Ergebnissen seitens der Schulabteilungen der Regierungen einschließlich der bei diesen tätigen Hochbautechnikern die gebührende Beachtung geschenkt und auf die kreisärztlichen Verbesserungsvorschläge im allgemeinen sehr entgegenkommend eingegangen wird, dürfte bekannt sein. Daß den Gemeinden alles, was Einrichtung der Wohnungsämter und Handhabung der Aufsicht anlangt überlassen sein soll, ist an sich sehr schön, und wenn das Gesetz so aufgefaßt wird und Wirksamkeit erhält, ist das gewiß hoch willkommen. Aber wenn es nicht positiv in ihm zum Ausdruck kommt, daß der Kreisarzt bei der Wohnungsaufsicht beteiligt wird, sondern die Regelung nur in der halben Weise erfolgt, daß der Kreisarzt Leiter des Wohnungsamtes werden kann, es aber nicht zu sein braucht, so halte ich das für einen Mangel und ich erwarte von dem Gesetz nicht das, was wir sonst erhoffen. (Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: M. H.! Sie haben zwar schon durch Ihren außerordentlich lebhaften Beifall dem Referenten für seine vortrefflichen Ausführungen Ihren Dank und Ihre besondere Anerkennung ausgesprochen; ich möchte dies aber hiermit noch offiziell im Namen des Vereins tun.

III. Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung.

H. Med.-Rat Dr. **Rogowski,** Kreisarzt in Berlin: M. H.! Der Herr Minister des Innern hat durch einen Erlaß vom 5. Dezember vorigen Jahres die Kreisärzte darauf hingewiesen, daß das Gesetz über die Reichsversicherung für Angestellte demnächst in Kraft tritt, und Ihnen ans Herz gelegt, sich mit den Bestimmungen des Gesetzes eingehend vertraut zu machen. Es ist Ihnen bekannt, daß das Gesetz auch bereits am 1. Januar 1913 in Kraft getreten ist. Eine Kasuistik zu diesem Gesetz, insbesondere auch eine Kasuistik, die sich mit dem materiellen Inhalt der auf Grund des Gesetzes zu erstattenden Gutachten befaßt, existiert noch nicht. Ich werde deshalb denjenigen Herren, die sich mit dem Gesetz bereits eingehend bekannt gemacht haben, heute nichts Neues sagen können; denjenigen Herren jedoch, die noch nicht die Zeit dazu gefunden haben, hoffe ich mit meinen Ausführungen den Weg, sich in dem Gesetz zurechtzufinden, etwas zu erleichtern.

Meine Ausführungen beabsichtige ich so einzurichten, daß ich Ihnen zuerst die Organisation der Behörden, die auf Grund dieses Gesetzes eingetreten ist, auseinandersetze, soweit sie für die ärztliche Sachverständigentätigkeit in Betracht kommt, und nachher auf diejenigen Punkte des Gesetzes eingehe,

die den Kreisärzten zur Erstattung von Gutachten Gelegenheit geben.

Organisation der Behörden. An der Spitze der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte steht das Direktorium, das seinen Sitz in Berlin-Wilmersdorf hat und die Versicherungsanstalt gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten hat. Dem Direktorium untersteht der sogenannte Verwaltungsrat, dessen Aufgabe es ist, dem Direktorium vor Erlaß wichtiger Beschlüsse gutachtlich zur Seite zu stehen, den Etat der Versicherungsanstalt festzustellen und die Jahresrechnung zu prüfen. Der Verwaltungsrat ist diejenige Behörde innerhalb des ganzen Gesetzes, mit der der ärztliche Sachverständige voraussichtlich am wenigsten in Berührung kommen wird.

Weit wichtiger, wohl das wichtigste Organ für den Sachverständigen, werden die Rentenausschüsse sein, die nach dem Gesetz für die Angestelltenversicherung im allgemeinen dieselben Funktionen haben werden wie auf dem Gebiete der Reichsversicherungsordnung die Versicherungsämter. Zu den Aufgaben des Rentenausschusses gehört es, erstens Ruhegeld und Renten festzusetzen, zweitens in geeigneten Fällen Ruhegeld wieder zu entziehen und drittens Anträge auf Heilverfahren entgegenzunehmen. Bezüglich der Zahl und der örtlichen Abgrenzung der Zuständigkeit der Rentenausschüsse bestimmt das Gesetz nichts Festes; es überläßt alles der Verordnung, dem sich allmählich mehrenden Bedürfnis, und hat es in die Zuständigkeit des Bundesrats gestellt, eine bestimmte Anzahl von Rentenausschüssen einzurichten und deren räumliche Zuständigkeit abzugrenzen. Zur Zeit besteht nur ein einziger Rentenausschuß mit dem Sitz in Berlin für das ganze Gebiet der Reichsversicherung für Angestellte.

Dem Rentenausschuß unterstehen für örtliche Geschäfte die sogenannten Vertrauensmänner. Hinsichtlich dieser schreibt das Gesetz vor, daß für jeden Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde — das würde in Preußen für jeden Kreis sein — eine Anzahl von Vertrauensmännern zu bestellen ist, und zwar gehen diese aus Wahlen hervor. Ueber die Zusammensetzung der übrigen Behörden will ich nichts Näheres ausführen, weil das den Sachverständigen nicht interessiert.

Die Vertrauensmänner haben die Aufgabe, alle Vorgänge auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung innerhalb ihres Bezirkes zu beobachten und in geeigneten Fällen an das Direktorium zu berichten. Eine Hauptaufgabe für sie besteht darin, Anträge auf Einleitung von Heilverfahren zu stellen bezw. an die Rentenausschüsse weiter zu geben. Die Rentenausschüsse haben diese Anträge zu prüfen, die für die Beurteilung der Sachlage erforderlichen Unterlagen, also auch die notwendigen ärztlichen Gutachten, zu beschaffen und alsdann diese so vorbereiteten Anträge an das Direktorium weiter zu geben. Das Direktorium entscheidet über alle Anträge auf Einleitung eines

Heilverfahrens endgültig. Ein Einspruch oder eine Berufung gegen diese Entscheidung ist nicht angängig.

Sie sehen, m. H., daß eine ganz strenge Zentralisation hinsichtlich der Einleitung des Heilverfahrens eingeführt ist. Ob das immer im Interesse der Heilbedürftigen liegen wird, erscheint mir zweifelhaft.

Bei Beratung des Gesetzes im Reichstag ging die Ansicht dahin, daß es von anfang an eine Hauptaufgabe der Versicherungsanstalt sein würde, durch Heilverfahren den Eintritt von Berufsunfähigkeit zu verhindern oder dort, wo es möglich ist, die bereits eingetretene Berufsunfähigkeit wieder zu beseitigen. Vor allen Dingen wurde darauf hingewiesen, daß es auch eine Hauptaufgabe der Versicherungsanstalt sein würde, die Bekämpfung der Tuberkulose auf diese Weise zu unterstützen. Es war in Aussicht genommen, von vornherein für die Heilverfahren etwa 5 % der jährlich eingehenden Beiträge seitens der Versicherungsanstalt zu verwenden. Wenn Sie bedenken, m. H., daß schon für das erste Jahr auf 150 Millionen Mark Eingänge an Versicherungsbeiträgen gerechnet wird, so kommen zur Verwendung für das Heilverfahren etwa 7½ Millionen Mark; dafür kann schon etwas Erkleckliches geleistet werden! Wenn aber diese Heilverfahrensanträge erst den langen Instanzenzug vom Vertrauensmann zum Rentenausschuß und von diesem an das Direktorium gehen müssen, so wird zu befürchten sein, daß nicht selten die kostbarste Zeit für den erwarteten Erfolg des Heilverfahrens verloren geht, den man auf einem minder umständlichen Wege vielleicht erreicht hätte. Indessen, das sind Dinge, die die Erfahrung erst ausreichend beurteilen lassen wird, und die vielleicht später zu einer Abänderung des Verfahrens führen werden.

Die Entscheidungen der Rentenausschüsse unterliegen evt. der Nachprüfung zweier gerichtlichen Behörden, nämlich des Schiedsgerichtes als höherer Spruch- und Beschlußinstanz und des Oberschiedsgerichts als oberster Spruch- und Beschlußinstanz. Der Rentenausschuß hat nach den Bestimmungen des Gesetzes das Recht der Inaugenscheinnahme sowohl dem Versicherten gegenüber, der in Frage kommt, als auch den Betrieben gegenüber, die bei der Beurteilung der Berufsfähigkeit in Betracht kommen.

Der Vorsitzende des Rentenausschusses hat das Recht, Zeugen und Sachverständige zu laden, eidlich oder uneidlich zu vernehmen oder auch durch andere Behörden eidlich oder uneidlich vernehmen zu lassen. Er hat ferner das Recht, über die Berechtigung der Weigerung eines Zeugen oder Sachverständigen, sich vernehmen zu lassen, zu entscheiden und, wenn er die Weigerung für ungerechtfertigt hält, gegen den Zeugen oder Sachverständigen eine Strafe bis zu 300 M. festzusetzen. Die Pflicht der Zeugen und Sachverständigen, vor dem Rentenausschuß oder vor der von ihm ersuchten Behörde zu erscheinen, regelt sich nach den Bestimmungen der

Zivilprozeßordnung. Die dem Zeugen und Sachverständigen zustehenden Gebühren sind diejenigen, die ihnen in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten vor den ordentlichen Gerichten zustehen. Die Festsetzung der Zeugen- und Sachverständigengebühren liegt ebenfalls dem Vorsitzenden des Rentenausschusses ob, gegen dessen Festsetzung die Entscheidung des Schiedsgerichts angerufen werden kann.

Das Schiedsgericht ist eine Berufungs- und Beschwerdeinstanz gegenüber den Entscheidungen der Rentenausschüsse. Es hat also einmal materiell und formell die Bescheide der Rentenausschüsse nachzuprüfen und zweitens auch auf Beschwerden, die gegen Straffestsetzungen der Vorsitzenden der Rentenausschüsse gegen Zeugen und Sachverständige sowie gegen die Festsetzung des Vorsitzenden in Gebührenangelegenheiten erhoben werden, endgültig zu entscheiden.

Dem Schiedsgericht übergeordnet ist das Oberschiedsgericht, das etwa dieselben Funktionen einnimmt, wie jetzt auf dem Gebiet der Reichsversicherungsordnung das Reichsversicherungsamt, d. h. es ist nur Revisionsinstanz, hat sich also mit den materiellen Unterlagen der von den Rentenausschüssen und Schiedsgerichten in bezug auf Festsetzung von Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten ergangenen Bescheide nicht zu befassen, sondern nur dann einzuschreiten, wenn das vorausgegangene Verfahren an wesentlichen Mängeln leidet oder wenn das angefochtene Urteil auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruht.

Das Verfahren vor dem Rentenausschuß ist für die Betroffenen kostenlos. Nur dann, wenn durch Mutwillen oder grobe Fahrlässigkeit besondere Kosten entstehen, können von dem Vorsitzenden des Rentenausschusses die Kosten ganz oder teilweise den Versicherten auferlegt werden.

Nachdem ich Ihnen so die Organisation der Behörden dargelegt habe, komme ich jetzt auf das eigentliche Thema meines Vortrages zu sprechen, nämlich auf diejenigen **Gutachten, die der ärztliche Sachverständige** in Ausführung des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte abzugeben haben wird. Es sind da drei Arten von Gutachten, nämlich Gutachten zur Begründung von Ruhegeld, zweitens Gutachten zur Begründung eines Heilverfahrens und drittens Gutachten, die mit Rücksicht auf den Begriff „Wartegeld“ erforderlich sind, auf den ich später noch zu sprechen komme.

Was die Gutachten betrifft, die zur Gewährung von Renten oder von Ruhegeld führen sollen, so erinnere ich daran, daß ich in meinen bisherigen Ausführungen schon wiederholt von Ruhegeld und Berufsunfähigkeit gesprochen habe. Das Versicherungsgesetz für Angestellte führt nämlich abweichend von der Reichsversicherungsordnung den Begriff „Berufsunfähigkeit“ als Vorbedingung für Gewährung von Ruhegeld vor Ablauf des 65. Lebensjahres ein. Es ist darüber gestritten

worden, ob die Beurteilung der Berufsfähigkeit für den Sachverständigen leichter ist als die der Erwerbsfähigkeit auf dem Gebiete der Alters-, Invaliditäts- und Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Die Mehrzahl der Aerzte steht wohl auf dem Standpunkt, daß der Begriff der Berufsunfähigkeit leichter zu erfassen ist als der Begriff der Erwerbsunfähigkeit. Ich kann mich diesem Urteil nicht ganz anschließen. Ich erinnere nur an den Erlaß des Herrn Ministers, der Ihnen vor etwa einem Jahre zugegangen ist und in dem darauf hingewiesen wird, daß bei Ausstellung von Gutachten über den gesundheitlichen Zustand von Justizbeamten nach der Anschauung des Herrn Justizministers die beamteten Aerzte nicht immer den Bedürfnissen der Justizverwaltung gerecht geworden seien. Der Herr Justizminister meint, daß die Kreisärzte in den Fällen, wo es sich um Zulassung zu dem Justizdienst oder um eine von der vorgesetzten Dienstbehörde für geboten erachtete Pensionierung handelt, die Anforderungen, die der Beruf an die Beamten stellt, zu niedrig eingeschätzt hätten, während anderseits in den Fällen, wo es sich um Beurlaubung von Justizbeamten handelt, die Anforderungen des Dienstes seitens der Kreisärzte zu hoch taxiert seien. Wenn sich auf einem Gebiete, das dem beamteten Arzte vermöge seiner Tätigkeit als Gerichtsarzt und Gefängnisarzt so vertraut ist, wie die Tätigkeit der Justizbeamten, schon Schwierigkeiten ergeben, so glaube ich, daß diese Schwierigkeiten noch erheblich wachsen werden, wenn Sie als Gutachter über die Berufsfähigkeit der nach dem Versicherungsgesetz versicherten Angestellten zu fungieren haben werden. Vergegenwärtigen Sie sich, m. H., nur einmal den Kreis der Angestellten, die für die Begutachtung in Frage kommen. Nach § 1 des Versicherungsgesetzes sind der Versicherungspflicht unterworfen u. a. — das Gesetz gibt nicht ausführlich und ausschließend diejenigen Versicherten an, die dem Gesetz unterliegen, sondern gibt nur gewissermaßen Beispiele an — Angestellte in leitender Stellung, Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung, Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen, Lehrer und Erzieher, aus der Schiffsbesatzung von Fahrzeugen Kapitäne, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten, sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten. Nehmen Sie, m. H., nur einmal die Bühnen- und Orchestermitglieder; auch über diese sollen Sie ein Gutachten über ihre Berufsfähigkeit abgeben; da m. H., wird es nicht ganz leicht sein, in jedem Fall das Zutreffende zu finden, weil das Gebiete sind, die unserer sonstigen beruflichen und gutachtlichen Tätigkeit sehr fern liegen. Ich glaube, es wird sich in solchen Fällen empfehlen, von dem Aushilfsmittel Gebrauch zu machen, das in dem vorhin erwähnten Erlaß der Herr Justizminister vorsah: sich an Ort und Stelle von den Anforderungen, die der Beruf

an den Betreffenden stellt, zu überzeugen (Heiterkeit). — M. H.! Das ist durchaus ernst gemeint und war kein Scherz (Erneute Heiterkeit). — Sie lachen darüber. Wenn es sich allerdings um ein schweres Gebrechen handelt, dann ist es natürlich nicht schwer, über ein Bühnenmitglied ein Gutachten abzugeben. Stellen Sie sich aber vor, daß es sich um einen Bühneninspizienten, Beleuchtungsinspektor oder Theatermaschinenmeister handelt oder um andere Tätigkeiten, die dem ärztlichen Gutachter sonst sehr fern liegen, so werden Sie mir vielleicht doch nicht so Unrecht geben, wie es momentan der Fall zu sein scheint (Allseitige Rufe: Im Gegenteil! — Vorsitzender: Es wird manchem von uns ein angenehmer Teil seiner Tätigkeit sein! — Heiterkeit).

Was den Begriff der Berufsunfähigkeit anbetrifft, so schreibt das Gesetz vor, daß als „berufsunfähig“ derjenige Versicherte anzusehen ist, der das 65. Lebensjahr vollendet hat, sowie derjenige, der vor Vollendung des 65. Lebensjahres nicht mehr imstande ist, die Hälfte desjenigen durch seine Arbeit zu erwerben, was ein körperlich und geistig gesunder Versicherter von ähnlicher Vorbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten erwerben kann. Ruhegeld erhält auch derjenige, der, ohne dauernd berufsunfähig zu sein, länger als 26 Wochen ununterbrochen durch Krankheit berufsunfähig ist. Als Krankheit wird in diesem Sinne auch die Zeit der Genesung gerechnet. Es wird ferner die Schwangerschaft für die Dauer von 2 Monaten als Krankheit in diesem Sinne angesehen, ebenso das normale Wochenbett. Daß das regelwidrige Wochenbett als Krankheit anzusehen ist, unterliegt natürlich keinem Zweifel.

Die zweite Art von Gutachten, die der ärztliche Sachverständige zu erstatten haben wird, wird durch die Möglichkeit der Einleitung eines Heilverfahrens veranlaßt. Diese Gutachten werden sich in nichts von den sonst von Ihnen zu erstattenden gleichartigen Gutachten unterscheiden. Sie werden nur immer darauf Rücksicht zu nehmen haben, daß das Ziel des Gesetzes das ist, durch ein solches Heilverfahren entweder den Eintritt der Berufsunfähigkeit zu vermeiden oder die bereits eingetretene Berufsunfähigkeit wieder zu beseitigen. Die Versicherten sind verpflichtet, sich einem vom Direktorium der Versicherungsanstalt angeordneten Heilverfahren zu unterwerfen. Sie haben sich dazu auch in Krankenhäuser oder Genesungsheime zu begeben. Sind sie verheiratet oder Versicherte, die einen eigenen Haushalt haben, so bedarf es zu der Unterbringung in einem Krankenhaus ihrer Zustimmung; bei Minderjährigen genügt die Zustimmung des Minderjährigen. Wer vorzeitig das Krankenhaus verläßt, bevor das Heilverfahren abgeschlossen ist, dem kann durch Beschluß des Rentenausschusses ein Teil oder die ganze ihm bisher gewährte Rente auf Zeit entzogen werden, sofern er vorher auf diese Folge hingewiesen worden ist.

Ich komme endlich zu der dritten Art der Gutachten, die in Ausführung des Versicherungsgesetzes für Angestellte von den Aerzten zu erstatten sein werden, nämlich zu denjenigen

Gutachten, die sich mit der Wartezeit beschäftigen. Das Gesetz sieht nämlich vor, daß für die männlichen Versicherten eine Wartezeit von 120 Beitragsmonaten, also von 10 Jahren, für die weiblichen Versicherten eine Wartezeit von 60 Beitragsmonaten verflossen sein muß, ehe sie Anträge auf Gewährung von Ruhegeld stellen können. Diese Wartezeit kann in den ersten 3 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes abgekürzt werden, sofern die Versicherten die nach versicherungstechnischen Grundsätzen zu berechnende Prämienreserve einzahlen und außerdem nachweisen, daß nicht zu befürchten ist, daß sie vor Beginn des 65. Lebensjahres berufsunfähig werden oder mit Tod abgehen. Diese Art von Gutachten sind diejenigen, die, soweit Sie, m. H., überhaupt schon mit der Versicherungsanstalt zu tun gehabt haben, Ihnen am häufigsten vorgekommen sein werden, und für die ein bestimmtes Formular vorliegt, das den Herren ja auch bekannt sein wird.

Nach demselben Formular ist noch eine andere Art von Gutachten auszustellen, nämlich für diejenigen Versicherungspflichtigen, die über 55 Jahre alt sind und kein Interesse mehr daran haben, noch der Versicherungspflicht unterworfen zu werden. Hinsichtlich dieser sieht das Gesetz vor, daß sie auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden können, wenn sie entweder die Prämienreserve nicht zahlen können oder durch ein ärztliches Gutachten nachweisen, daß sie voraussichtlich nicht das 65. Lebensjahr vollenden oder schon vor Beendigung des 65. Lebensjahres berufsunfähig werden.

Das, m. H., ist das, was ich Ihnen in der Hauptsache heute vorführen wollte. Sie wissen, daß in dem Ministerialerlaß aus dem Dezember vorigen Jahres die Kreisärzte in erster Linie als Sachverständige und Vertrauensärzte bei der Versicherungsanstalt vorgesehen waren. Sie wissen auch, daß gegen das Schreiben des Direktoriums der Versicherungsanstalt an den Herrn Minister, das den Anstoß zu dem genannten Ministerialerlaß gegeben hat, eine lebhafte Agitation seitens der praktischen Aerzte und des Leipziger Verbandes eingetreten ist. Aus naheliegenden Gründen sehe ich davon ab, hier in eine Würdigung der von dem Leipziger Verband vorgebrachten Einwände gegen diese Ordnung einzutreten. Indessen scheint mir das Vorgehen nicht ganz ohne Erfolg gewesen zu sein; denn in der vorletzten Nummer des offiziellen Organs des Leipziger Verbandes, der „Aerztlichen Mitteilungen", die in Straßburg erscheinen, ist berichtet worden, daß in allen Teilen des Reiches eine große Anzahl von nichtbeamteten Aerzten bereits die Anfrage bekommen habe, ob sie vertrauensärztlich für die Versicherungsanstalt tätig sein wollen. Ob das im Interesse der Kreisärzte zu bedauern oder zu begrüßen ist, lasse ich hier dahingestellt.

Ich möchte zum Schluß noch erwähnen, daß es auch Fälle gibt, wo der beamtete Arzt oder der Arzt als solcher den Bestimmungen des Versicherungsgesetzes unterliegen kann, und

zwar entweder als Arbeitgeber oder als Arbeitnehmer. In dem Gesetzentwurf, wie er ursprünglich dem Reichstag vorgelegt worden war, waren auch die angestellten Aerzte, in erster Linie die Assistenzärzte, Volontärärzte und sonstige gegen feste, 5000 Mark nicht übersteigende Besoldung angestellte Aerzte der Versicherungspflicht unterworfen. Auf die lebhaften Angriffe, die deshalb seitens der Aerzte gegen diese Versicherungspflicht ergingen, hat der Reichstag sich entschlossen, die Aerzte davon auszunehmen, und eine ausdrückliche Bestimmung in das Gesetz aufgenommen, daß Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit der Versicherungspflicht nicht unterliegen. Wo aber Aerzte außerhalb der Ausübung des ärztlichen Berufes im engeren Sinne als Angestellte, z. B. in chemischen Fabriken oder in ähnlichen Stellungen, tätig sind, würden auch sie der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz unterworfen sein.

Was endlich die Stellung der Aerzte im Gesetz als Arbeitgeber betrifft, so hat dieser oder jener von Ihnen vielleicht auch schon mit den bezüglichen Behörden zu tun bekommen. Es ist nämlich die Frage entstanden, ob die Bureauangestellten, Schreibhilfen und dergl. der Kreisärzte der Versicherungspflicht unterliegen oder nicht. Es ist bei Beurteilung dieser Frage davon auszugehen, daß man mit diesem Gesetz solche Angestellte hat versichern wollen, die eine gewisse höhere Stellung mit selbständiger, selbstverantwortlicher Tätigkeit einnehmen. Nach dieser Absicht muß auch beurteilt werden, inwieweit Bureauangestellte der Aerzte der Versicherungspflicht unterliegen. Solche Personen, die nur als Schreibhilfen, als Schreibmaschinenarbeiter in Betracht kommen oder lediglich mechanische Dienstleistungen verrichten, unterliegen der Versicherungspflicht nicht, dagegen alle diejenigan, die die Registratur selbstständig zu führen oder Verfügungen und Berichte selbständig zu entwerfen gewohnt sind oder als Stenographen beschäftigt werden. Es ist das für die beamteten Aerzte eine weitere Belastung ihrer Amtsunkostenentschädigung; indessen werden sie dieser nicht aus dem Wege gehen und im Interesse der Sache diese Pflicht auch gern auf sich nehmen.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

H. Kaiserlicher Reg.-Rat Dr. **Franz**-Charlottenburg: M. H.! Gestatten Sie mir einige ergänzende Mitteilungen den Ausführungen des Herrn Vorredners hinzuzufügen. Ich möchte zunächst darauf hinweisen, daß die Stellung des Verwaltungsrates doch wohl nicht ganz richtig getroffen ist, denn der Verwaltungsrat steht nicht unter, sondern neben dem Direktorium.

Dann handelt es sich bei dem Anteil, der für die Kosten des Heilverfahrens in Aussicht genommen ist, nicht nur um 5 $^0/_0$, sondern um rund 8 $^0/_0$ der Beiträge. Die Summe, die daraus resultiert, ist ziemlich erheblich, wenn Sie daran denken, daß im Jahr ungefähr 150 Millionen zusammenkommen.

Ferner möchte ich darauf hinweisen, daß die Reichsversicherungsanstalt doch schon etwas weiter ist, als der Herr Vorredner meinte. Den meisten von den Herren wird bereits ein Schreiben zugegangen sein, in dem ausgeführt worden ist, was die Reichsversicherungsanstalt von den in Aussicht genommenen

Vertrauensärzten, sowohl von den beamteten, wie nicht beamteten Aerzten erwartet. Es handelt sich dabei im wesentlichen um die Erstattung der Zeugnisse, von denen der Herr Vorredner gesprochen hat, das sogenannte Gesundheitszeugnis zu Anträgen auf Abkürzung der Wartezeit und Befreiung von der Versicherungspflicht, und das Gutachten zu den Anträgen auf Gewährung eines Heilverfahrens. Solche Atteste sind bereits in großer Zahl ausgestellt worden. Dazu werden in nächster Zeit noch kleine vertrauensärztliche Bescheinigungen kommen, die von den Herren auszustellen sein werden, so z. B. in einem Zahnheilverfahren über den Sitz und die Ausführung eines Zahnersatzstückes. Ferner bei etwaigen Nachkontrollen, die sich als notwendig erweisen. Desgleichen ist in Aussicht genommen, die Herren auch sonst noch in anderer Weise zu rein gutachtlicher Tätigkeit heranzuziehen.

Ich kann auch darin nicht mit dem Herrn Vorredner ganz übereinstimmen, daß der Instanzenzug so sehr lang sein soll; denn in Wirklichkeit stellt sich die Sache etwas anders dar, als er sie geschildert hat. Zwar steht im Gesetz, daß der Rentenausschuß Heilverfahrenanträge entgegennimmt; man ist aber nicht verpflichtet, derartige Heilverfahrenanträge ausschließlich beim Rentenausschuß anzubringen. Ich möchte hierauf einen gewissen Wert legen, und dies hier um so mehr betonen, als die Herren häufig um Auskunft in dieser Angelegenheit werden angegangen werden. Die Heilverfahrenanträge können selbstverständlich auch bei der Reichsversicherungsanstalt eingereicht werden; dies ist der jetzt allgemein gebräuchliche Weg. Entweder wenden sich die Heilverfahrensbewerber direkt an die Reichsversicherungsanstalt oder an den Rentenausschuß, der jedoch die Anträge sofort an die Reichsversicherungsanstalt abgibt. Die Erledigung wird sich hoffentlich mit derselben Schnelligkeit vollziehen wie bei den meisten Landesversicherungsanstalten. Daß es im Anfang nicht ganz so schnell geht, wird den Herren begreiflich sein, einmal wegen gewisser Schwierigkeiten, mit denen die Organisation aus den bereits vom Herrn Vorredner angedeuteten Gründen zu kämpfen hat, und dann wegen verwaltungstechnischer Schwierigkeiten im Hinblick auf die Unsumme von Anträgen, mit denen die Reichsversicherungsanstalt heute schon überflutet wird. Ich bin der Meinung, daß die Zentralisierung des Heilverfahrens sich als der einzig mögliche Weg für die Gewährung von Heilverfahren erweisen wird.

Endlich kann ich mich nicht der Behauptung des Herrn Vorredners anschließen, daß es für die Vertrauensärzte überaus schwierig sein würde, den Begriff der Berufsunfähigkeit richtig zu erfassen. Ich habe schon eine ganze Reihe von Zeugnissen mit einem Urteil über die Berufsfähigkeit gesehen und gefunden, daß die Herren Vertrauensärzte sich mit dieser Aufgabe recht gut abgefunden haben. Selbstverständlich wird es Schwierigkeiten in Einzelfällen hier genau so geben wie bei der Feststellung der Invalidität nach der Reichsversicherungsordnung.

Vorsitzender: Wünscht noch jemand das Wort? — Es ist nicht der Fall. Wünscht der Herr Vortragende das Schlußwort? (Wird verneint.) Dann liegt mir nur noch die Pflicht ob, Ihnen unseren verbindlichsten Dank für seine vorzüglichen Ausführungen auszusprechen.

(Frühstückspause.)

IV. Neuere Verfahren der Abwässerreinigung.

(Mit Demonstrationen.)

H. Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. **Abel,** vortragender Rat in der Med.-Abt. des Ministerium des Innern und Leiter der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin: M. H.! Die Wandlungen, welche die wissenschaftlichen Anschauungen und die behördlichen Anforderungen in der Frage der Abwasser-

beseitigung und -Reinigung im Laufe der Zeit erfahren haben, dürfen in Ihrem Kreise wohl im allgemeinen als bekannt vorausgesetzt werden. Dennoch halte ich es für angezeigt, einen kurzen Überblick über die Entwicklung dieser Verhältnisse vorauszuschicken, ehe ich mich zu meinem eigentlichen Thema, einer Besprechung der neueren Verfahren zur Abwasserreinigung, wende. Denn zwischen dem, was die Wissenschaft lehrt, was die Behörden verlangen und was die Technik an Möglichkeiten bietet, bestehen auf dem fraglichen Gebiete so vielfache Wechselwirkungen, daß man ohne weiteres von einer gegenseitigen Abhängigkeit sprechen kann. Die Behörden werden das zu erreichen bestrebt sein, was die Wissenschaft als Ziel hinstellt, dabei aber aus dem Gesichtswinkel technischer, was meist auch gleichbedeutend ist mit wirtschaftlicher, Durchführbarkeit ihre Forderungen zu stellen haben. Die Technik versucht, die Lehren der Wissenschaft in die Praxis umzusetzen und den Auflagen der Behörden in möglichst einfacher und ökonomischer Weise zu genügen. Die wissenschaftliche Beurteilung aber wiederum wird in hohem Maße beeinflußt von den Erfahrungen, die im Betriebe ausgeführter Anlagen gewonnen werden.

Zunächst muß man sich nun daran erinnern — was die jüngere, in modern entwässerten Städten aufgewachsene Generation leicht zu vergessen geneigt ist — daß erst seit wenigen Jahrzehnten in Deutschland mit planmäßig angelegten Städteentwässerungen überhaupt begonnen worden ist. Die erste nach einheitlichen Plänen unternommene Kanalisation schuf Hamburg beim Wiederaufbau der Stadt nach dem großen Brande von 1842. Etwa 10 Jahre später folgte Altona und wieder 10 Jahre darauf Frankfurt a. M. Alle drei Städte leiteten ihre Abwässer ohne Reinigung in die an ihnen vorbeifließenden großen Vorfluter, ein System, bei dem Hamburg und Altona im wesentlichen bis heute verblieben sind, während Frankfurt a. M. schon bald von Staatswegen zur Errichtung ziemlich weitgehender Reinigungsanlagen veranlaßt wurde. 1869 folgte Danzig, das alsbald in Ermangelung einer guten Vorflut zur Reinigung der Abwässer auf Rieselfeldern griff, und 1873 Berlin, dem bereits beim ersten Auftauchen seiner Kanalisationspläne von der Aufsichtsbehörde die Einleitung der Abwässer in die Spree untersagt und die Reinigung auf Rieselfeldern nahelegt worden war. Erst jetzt, also vor nunmehr 4 Jahrzehnten, fingen dann auch weitere Großstädte an, der Frage einer allgemeinen Entwässerung näher zu treten.

Ebenso wie sich die deutschen Städte damals in ihren Kanalisationsplänen an die Vorbilder Englands hielten, — des Landes, wo schon mehrere Jahrzehnte früher die höhere hygienische Kultur, das stärkere Wachstum der Städte und die fortschreitende Entwicklung der Industrie die systematische Städteentwässerung gefördert hatten —, ebenso nahmen auch die Behörden in Deutschland die englischen Verhältnisse zur

Unterlage für ihre Anforderungen. Man befürchtete, daß Mißstände, wie sie sich in der verbreiteten starken Verschmutzung englischer Flüsse zeigten, auch in den deutschen Gewässern eintreten könnten, wofür an kleineren Wasserläufen auch hier und da schon Anzeichen vorhanden waren. Die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen stellte sich in zahlreichen Gutachten der 70er und 80er Jahre auf den Standpunkt, daß die Flußläufe völlig frei von Verunreinigungen bleiben müßten. So lautet ein vielzitierter Satz aus ihrem Gutachten vom 2. Mai 1877 über einen Kanalisationsentwurf von Cöln:

„Es ist die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege, die Fäkalstoffe zweckmäßig wegzuräumen, aber von den Wasserläufen fernzuhalten, damit unter allen Umständen dem Flußwasser seine große Bedeutung bewahrt bleibe und dessen Brauchbarkeit für die Wasserversorgung der Städte und Ortschaften in keiner Weise geschmälert werde.“

Und weiterhin heißt es in demselben Gutachten:

„Was die Benutzung des Flußwassers als Trinkwasser betrifft, so hat die neueste Erfahrung hinreichend gezeigt, daß das Flußwasser für die Wasserversorgung vieler Städte unumgänglich notwendig und durch keine andere Wasserquelle zu ersetzen ist.“

Zur Reinhaltung der Flüsse empfahl die Wissenschaftliche Deputation, ebenfalls nach dem Beispiele Englands, in erster Linie die Bodenbehandlung der Abwässer, die damals nur in der Form der Berieselung bekannt war. So gingen selbst Städte, die an großen Flüssen gelegen waren, wie Breslau und Magdeburg zur Rieselung ihrer Abwässer über. Daneben spricht die Deputation in ihrem Gutachten allerdings auch von „Sedimentation, Präzipitation und Desinfektion“ der Abwässer als Mittel zu ihrer Reinigung vor Uebergabe an die Flußläufe, gibt jedoch nicht näher an, wie sie sich diese Behandlung im einzelnen dachte und welche Forderungen sie an ihre Leistung stellte. Ernstlich wirft sie auch des öfteren die Frage auf, ob, wenn eine Verrieselung der Abwässer Schwierigkeiten bereite, nicht nur eine Kanalisation für die damals als verhältnismäßig wenig bedenklich gehaltenen Haushaltsabwässer und die Meteorwässer allein ins Auge zu fassen sei, während für die Beseitigung der als Hauptquelle der Flußverunreinigung und Verseuchung erachteten Fäkalien ein Abfuhrsystem eingerichtet werden könne.

Späterhin stellte die Deputation präzisere, von den Aufsichtsbehörden bei der Prüfung von Entwässerungsprojekten übernommene Forderungen auf, die sich etwa dahin zusammenfassen lassen, daß das in die Vorflut abzuleitende gereinigte Abwasser von allen mit bloßen Sinnesorganen wahrnehmbaren Verunreinigungen, von Fäkal- und Fäulnisstoffen frei sein solle, in 1 ccm nicht mehr als 300 entwicklungsfähige Keime enthalten dürfe und mindestens 10 Tage lang in unzersetztem Zustande haltbar sein müsse.

An diesen strengen Forderungen wurde in der Hauptsache bis in die Mitte der 90er Jahre festgehalten, obwohl vielfach

gegen sie als übertriebene und nicht notwendige Auflagen Widerspruch erhoben wurde, so z. B. in wiederholten Erörterungen der Abwasserfrage auf den Versammlungen des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Den Behörden aus ihrer Stellungnahme einen Vorwurf zu machen, wäre unberechtigt. Bei den damals noch geringen Erfahrungen über die Einwirkung der Abwässereinleitung auf die Gewässer und der noch in den Anfängen stehenden Entwicklung der Abwasserreinigungstechnik war es besonnen und vorsichtig, zurückhaltend zu sein. Es gab in der Praxis Fälle genug, wo man nicht alle Forderungen durchsetzen konnte; grundsätzlich aber durfte mit Recht bis zur weiteren Klärung der Dinge ihre Erfüllung versucht werden.

In jenen Zeiten des noch unsicheren Umhertastens war allerdings die Lage der Städte, die sich zu allgemeiner Kanalisation entschlossen und deren Zahl ständig zunahm, nicht rosig. Das immer wieder an erster Stelle angeratene Rieselungsverfahren war mangels geeigneten oder mit wirtschaftlich gerechtfertigten Kosten zu erwerbenden Bodens nicht überall durchführbar. Man mußte daher andere Reinigungsverfahren erproben, von denen damals eigentlich nur solche bekannt waren und wurden, die mit chemischen Mitteln — Kalk, Eisensalzen, Tonerde u. a. m. — arbeiteten. Von besonders benannten Verfahren sind Ihnen z. B. der ABCprozeß, das Hulwasche, das Müller-Nahnsensche, das Röckner-Rothesche wohl noch in Erinnerung. Die Erfolge waren meist recht unbefriedigend. Die Abwässer, aus denen im wesentlichen nur die ungelösten Stoffe ausgeschieden waren, blieben zersetzungsfähig, waren auch nicht nach Wunsch desinfiziert; außerdem blieben aus ihnen Schlammassen infolge der wasserbindenden Kraft der zugesetzten Chemikalien zurück, die ungeheuer waren und nicht, wie man gehofft hatte, von den Landwirten abgenommen und verwertet wurden, ja wohl gar in Fäulnis übergingen und starke Belästigungen verursachten. Dazu kamen noch die empfindlichen Kosten dieser Reinigungsverfahren.

Die ständige Beschäftigung mit den Entwässerungsfragen begann endlich in den 90er Jahren zu größerer Klarheit über das wirklich Erreichbare und zu Fordernde zu führen. Man sah ein, daß es bei der steten Vermehrung der Städtekanalisationen und der Abwassermengen der wachsenden Industrie nicht möglich sei, das Wasser aller Flußläufe in solchem Zustande zu erhalten, daß es schlechtweg als Trinkwasser dienen könne. Nachdem es in den 80er Jahren gelungen war, für den Großbetrieb brauchbare Verfahren zur Enteisenung des Grundwassers zu erfinden, konnte man die Wasserschätze des Bodens in viel größerem Umfange als früher für die Wasserversorgung nutzbar machen und sich vom Flußwasserbezug für diesen Zweck emanzipieren. In der Tat sind denn auch in den letzten Jahrzehnten, abgesehen von den besonders zu beurteilenden Talsperrenwasserversorgungen, Wasserwerke mit Verwendung

von Oberflächenwasser kaum mehr geschaffen worden, vielmehr sind immer mehr Städte von der Versorgung mit Oberflächenwasser zu der mit Grundwasser übergegangen. Man kam weiter zu der Ueberzeugung, daß nicht eine völlige Sterilisierung der abzuleitenden Abwässer, sondern höchstens eine Abtötung der pathogenen Keime in ihnen nötig sei, so daß es nicht auf die Bakterienzahl, sondern auf die Bakterienarten des Abwassers ankomme. Man lernte ferner die Selbstreinigungskraft der Gewässer richtig einschätzen, die es ihnen ermöglicht, ein gewisses Maß ihnen zugeführter Unreinigkeiten in verhältnismäßig kurzer Zeit fast spurlos verschwinden zu lassen. Pettenkofer, der die Bedeutung des Selbstreinigungsvermögens schon immer betont hatte, z. B. in einem Gutachten über die Einleitung der Abwässer von Frankfurt in den Main, setzte 1892 die Ableitung der Münchener Abwässer in die Isar durch; bald folgte dann auch in Preußen die Erlaubnis zur Entwässerung von Marburg und anderen Städten in die vorbeiziehenden Flüsse nach einer auf Abfangung der gröberen Stoffe beschränkten Vorreinigung ohne weitere Behandlung der Abwässer.

Die Verfahren zur Reinigung der Abwässer erfuhren in der gleichen Zeit mannigfache Verbesserungen. Neben das alte Verfahren der Bodenberieselung mit landwirtschaftlicher Ausnutzung der Rieselflächen traten die auf diese verzichtende und deshalb viel weniger Gelände beanspruchende intermittierende Bodenfiltration und die namentlich nach den Londoner Versuchen Dibdins seit 1892 das Interesse auf sich ziehenden Methoden der Reinigung in künstlich hergestelltem Boden, in biologischen Körpern. An Stelle der Chemikalienbehandlung der Abwässer konnte, wie nachgewiesen wurde, in vielen Fällen mit nicht wesentlich anderem Erfolg eine Sedimentation in Becken und Brunnen zur Beseitigung eines großen Prozentsatzes der suspendierten Stoffe gesetzt werden, und mancherlei neue Konstruktionen solcher Absitzanlagen entstanden, ebenso wie verfeinerte Verfahren der Abfischung oder Absiebung für die Fälle, wo nur die gröberen Suspensionen zurückzuhalten waren.

Auch die Einführung des Trennsystems mit Ableitung der Niederschlagwässer einerseits, der Haushalts- und Abortabwässer anderseits je für sich, die seit 1880 in Amerika und England in Aufnahme gekommen war, bedeutete eine wichtige Neuerung gegenüber der Kanalisation nach dem Mischsystem, weil dabei die Anlage von Notauslässen unnötig wurde und mit einer gleichmäßigeren, nicht von Niederschlägen abhängigen Belastung der Kläranlage zu rechnen war.

Durch systematische Untersuchung der verschiedensten, in Aufnahme gekommenen Reinigungsverfahren an praktisch ausgeführten Anlagen schließlich, wie sie in Preußen seit Ende der 90er Jahre in größerem Umfange behördlich veranlaßt wurde, verschaffte man sich ein zutreffendes Bild über ihre Leistungen und so die Grundlagen, um den Städten, die bis

dahin nur zu oft ziemlich ratlos ihre Wahl hatten treffen müssen und häufig genug auf falsche Wege abgeirrt waren, das für sie Passende zeigen zu können. Diese Forschungen fortzusetzen und den Behörden, Gemeinden, Industriellen bei ihren Entschließungen und Planungen mit Rat und Tat an die Hand zu gehen, wurde dann 1901 die Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung, jetzt „Landesanstalt für Wasserhygiene" genannt, ins Leben gerufen.

Der Erfolg aller dieser Neuerungen, Erfahrungen, Ueberlegungen war der, daß man davon abging, noch weiter nach allgemeinen Grundsätzen einheitlich bestimmte Forderungen für die Ableitung und Reinigung der Abwässer vorzuschreiben, daß man vielmehr heute von Fall zu Fall an eine Prüfung des auf Grund der örtlichen Verhältnisse Notwendigen und daher unbedingt zu Verlangenden herantritt. Die Gesichtspunkte, nach denen dabei zu verfahren ist, sind für Preußen zum ersten Male zusammenfassend dargelegt in der von den zuständigen Ministern erlassenen allgemeinen Verfügung vom 20. Februar 1901, betreffend Fürsorge für die Reinhaltung der Gewässer. Die in der Anlage II dieser Verfügung aufgestellten Grundsätze für die Einleitung von Abwässern in Vorfluter (Wasserläufe und stehende Gewässer) sind mit kleinen, durch die weitere Entwicklung der Dinge bedingten Abänderungen auch heute noch als Grundlage für die Beurteilung der Verhältnisse im Einzelfalle geeignet und werden es auch bleiben, wenn am 1. April 1914 das endlich zustande gekommene preußische Wassergesetz in Kraft tritt.

Die gegenüber der Einleitung von Abwässern in die Vorfluter zu schützenden Interessen liegen auf verschiedenen Gebieten; sie sind ästhetischer, hygienischer, gewerblicher, landwirtschaftlicher und fischereilicher Art. Ohne allzu sehr ins einzelne zu gehen, möchte ich noch in kurzen Worten berühren, inwieweit diese verschiedenen Interessen gefährdet werden können und berücksichtigt werden müssen.

In ästhetischer Beziehung muß verlangt werden, daß die Gewässer durch die Einleitung von Abfallstoffen nicht in einer grobsinnlich lästig fallenden Weise verunreinigt werden. Es ist daher zu verhüten, daß eine das Auge beleidigende Verschmutzung des gesamten Wassers oder auch nur ein Forttreiben von Kotballen und groben Abfallstoffen anderer Art aus der Kanalisation sowie ein Ablagern von Schlammassen in und am Gewässer stattfindet. Ebenso müssen die Nase belästigende Ausdünstungen vermieden werden, und zwar auch da, wo, wie oft in Industriegegenden, das Aussehen des Flußwassers weniger Beachtung als gewöhnlich nötig macht. Es ist daher schon aus ästhetischen Gründen ein Abfangen der Schwimmstoffe bis zu einem gewissen Maße immer nötig und ebenso die Vermeidung von Abstürzen bei der Ableitung des Abwassers aus der Kläranlage, weil dadurch Gerüche frei werden und Schlammbildungen auf der Oberfläche der Vorflut entstehen würden.

Die hygienischen Rücksichten haben davon auszugehen, daß ein Oberflächenwasser niemals ohne besondere, auf die Beseitigung der Bakterien und sonstige Reinigung gerichtete Behandlung als Trinkwasser gebraucht werden darf. Ob man besonderen Wert darauf legen soll, das Wasser der einer Einleitung von Abfallstoffen ausgesetzten Vorfluter so rein zu erhalten, daß es überhaupt noch wieder zu Trinkwasser umgewandelt werden kann, hängt von den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles ab. Abgesehen von häuslichen Abwässern können auch gewerbliche, z. B. die salzhaltigen Abwässer der Kalifabriken, ein Flußwasser so verunreinigen, daß es auf seinem ganzen Laufe nicht oder kaum wieder für Trinkzwecke brauchbar gemacht werden kann. Vermieden werden muß jedenfalls nach Möglichkeit das Hineingelangen infektiöser Keime mit dem Abwasser in die Gewässer, was, wie später noch näher zu besprechen sein wird, statt durch eine allgemeine und ständige Desinfektion der Abwässer zurzeit eher durch eine sorgfältig gehandhabte Anzeigepflicht der übertragbaren Krankheiten mit Desinfektion der Abgänge im Krankenzimmer zu erreichen gesucht wird. Weiter ist eine Vergiftung des Wassers mit Giftstoffen, wie sie gewisse industrielle Abwässer mit sich führen (Arsen, Blei, Chrom, Zyanverbindungen), zu verhindern. Eine Reinhaltung der Gewässer insoweit, daß sie, wenn auch nicht unmittelbar an der oder unterhalb der Einleitungsstelle der Abwässer, so doch in gewisser Entfernung davon, nachdem das sogenannte Selbstreinigungsvermögen des Wassers durch gute Durchmischung von Vorflut- und Abwasser, Belüftung und Belichtung, Sedimentation der Sinkstoffe, Wirkung pflanzlicher und tierischer Lebewesen wirksam geworden ist, zum Baden und zur Entnahme von Wasser für Wäschereinigungs- und Scheuerzwecke benutzt werden können, ist in der Regel anzustreben, wenn auch, wo irgend angängig, Oberflächenwasser selbst für Haushaltszwecke besser ganz zu vermeiden ist. Geruchsbelästigungen von den Gewässern aus sind, wie aus ästhetischen, so auch aus gesundheitlichen Gründen hintanzuhalten.

Die Interessen der gewerblichen Betriebe verlangen, daß die Vorfluter mindestens ein für die allgemeinen Bedürfnisse der Industrie — Kesselspeisung, Kondensation, Reinigungszwecke — benutzbares oder mit einfachen Mitteln (Absitzenlassen, grobe Filtration) brauchbar zu machendes Wasser führen. In welchem Maße auf die Betriebsverhältnisse gewerblicher Anlagen mit besonderen Ansprüchen an Reinheit des Vorflutwassers, wie Leimfabriken, Papierfabriken, Färbereien usw., Rücksicht zu nehmen ist, entscheidet die Lage des einzelnen Falles.

Die Landwirtschaft kann ein Interesse daran haben, Gewässer für Zwecke des Viehtränkens und der Landbewässerung benutzen zu können. Zum Viehtränken muß das Wasser im Geschmack nicht wesentlich verändert, frei von Infektionskeimen (z. B. Milzbrandsporen aus Gerbereien) und Giften sein; für Landbewässerung frei von Stoffen, die das Pflanzenwachstum

schädigen, wie giftige Stoffe aus Industriebetrieben und Bergwerksanlagen, während ein gewisser Gehalt an organischem Schlamm nützlich wirken kann, wenn er nicht durch zu massige Ablagerung auf Wiesen deren Gras für das Vieh ungenießbar macht. Ob Schlammablagerungen am Ufer mit Abwässern verschmutzter Flüsse die Entwicklung dem Weidevieh schädlicher Insekten fördern, ist eine öfters aufgeworfene, aber nicht gelöste Frage.

Von seiten der Fischzuchtinteressenten kann zumindest gefordert werden, daß die widerstandsfähigeren Fischarten nicht durch Sauerstoffmangel infolge von Einleitung zu großer Mengen organischer Stoffe, durch zu hohen Säure- oder Alkaligehalt vernichtet werden, daß keine Speicherung von übelschmeckenden Stoffen (Phenol) im Körper der Fische entsteht und daß nicht durch massenhaftes Pilztreiben eine Verstopfung der Netze eintritt. Immerhin sind die fischereilichen Interessen schließlich die am wenigsten ins Gewicht fallenden und oft bei Entschädigung der Berechtigten zu vernachlässigen.

Sehen wir nach dem eben Dargelegten neben den hygienischen Interessen auch noch mancherlei andere auf die Frage des zulässigen Grades der Verunreinigung von Gewässern durch Abfallstoffe von Einfluß, so wäre es natürlich doch viel zu weit gegangen, wollte man, wie es gelegentlich geschehen ist, die hygienischen Rücksichten als verhältnismäßig unbedeutend erachten, insbesondere weil die Hygiene neuerdings auf eine allgemein so weitgehende Reinhaltung der Gewässer, daß ihr Wasser zu Trinkzwecken verwendbar sein oder leicht gemacht werden könne, verzichtet habe. Im Gegenteil überwiegen ihrer Bedeutung nach noch immer die hygienischen Interessen bei weitem. Die Behütung der Anwohner vor belästigenden und gesundheitsschädlichen Gerüchen, die Erhaltung der Brauchbarkeit des Oberflächenwassers für Bade-, Wasch-, Hausreinigungszwecke, der Schutz der an und auf dem Wasser lebenden Bevölkerung vor Infektionen mit dem Wasser, die hier und da noch nötige Brauchbarerhaltung des Wassers für die Verwendung in Wasserversorgungsanlagen (z. B. auch als Reserve für den Fall des Versagens von Grundwasserwerken), alles das sind Punkte, über die zu befinden Sache des Gesundheitsbeamten ist und bleiben muß, so daß auf seine Mitwirkung bei den zu treffenden Entscheidungen über Neuanlagen von Entwässerungen ebensowenig wie bei der fortgesetzten behördlichen Ueberwachung der Gewässer verzichtet werden kann.

Welcher Reinheitsgrad der Abwässer vor ihrer Ableitung herbeigeführt werden muß, damit die auf verschiedenen Gebieten liegenden Interessen an der Reinhaltung der Vorfluter gebührend gewahrt bleiben, wird offensichtlich von einer ganzen Reihe von Umständen abhängen. Zuerst wird es sich fragen, wie groß die Menge der einzuleitenden Abwässer, unter Berücksichtigung ihrer Konzentration nach dem Wasserverbrauch und der etwaigen mehr oder minder großen Beimischung gewerb-

licher Abwässer besonderer Zusammensetzung, im Verhältnis zur Wasserführung des sie aufnehmenden Vorfluters ist; denn von diesem Verhältnis hängt es in der Hauptsache ab, ob man das Abwasser nur oberflächlich oder völlig gereinigt dem Vorfluter übergeben kann. Es wird ferner ein großer Unterschied sein, ob das Abwasser in ein stehendes Gewässer, also in einen Teich, einen See, in einen künstlich durch Wehre gestauten Fluß gelangt, wo es sich strecken- und stellenweise anhäufen, wo es seine Sinkstoffe niederschlagen kann, oder in einen schnell dahinströmenden Wasserlauf, der eine alsbaldige Vermischung des Ab- und Flußwassers herbeiführt. Weiter wird etwaige Ungleichmäßigkeit der Wasserführung in der Vorflut ebenso wie Unregelmäßigkeit in der Menge des Abwassers (z. B. bei Anschluß von Zuckerfabriken, die nur im Winterbeginn Abwässer liefern), das Maß der dem Vorfluter schon oberhalb zugeführten Verunreinigungen, die seine Selbstreinigungskraft beeinträchtigen, die Verwendung des Vorfluters auf seinem weiteren Verlauf (Trinkwasserbezug, industrielle Wasserbenutzung, Wiesenberieselung) der genauen Beachtung bedürfen. Formeln, nach denen da die Entscheidung über das zu wählende Reinigungsverfahren zu treffen wäre, lassen sich angesichts der so tausendfältig verschiedenen Verhältnisse der Praxis nicht aufstellen. Im Gegenteil ist vor *jedem Vorgehen nach einem Schema dringend zu warnen*. Für den weniger Erfahrenen empfiehlt es sich am meisten, sich zunächst über die obwaltenden Verhältnisse möglichst genau zu unterrichten und dann durch Besuch von Orten, bei denen die Dinge ähnlich liegen, zu erkunden, wie man dort die Abwasserreinigungsfrage gelöst hat, und ob die Lösung in jeder Hinsicht befriedigt; denn nur die Praxis und Erfahrung können auf diesem Gebiete die Weisung für den einzuschlagenden Weg abgeben. Wir verfügen über so verschiedene, untereinander abgestufte Möglichkeiten der Abwässerreinigung, daß für die Lösung der Frage in Wohnplätzen auch dann, wenn dem häuslichen Abwasser gewerbliches, das oft für sich allein schwer zu behandeln ist, beigemischt ist, ziemlich allgemein von vornherein mit Sicherheit ein zum Ziele führendes Verfahren angegeben werden kann. Das früher beliebte Vorgehen, erst für einen Teil der Abwässer eine Versuchskläranlage herzustellen, die dann bei Bewährung in den endgültigen Ausbau mit hineingenommen werden kann, ist heute kaum mehr irgendwo erforderlich. Dagegen ist es oft zu rechtfertigen, wenn man von vornherein erst einmal mit einer weniger weitgehenden Art der Reinigung auszukommen sucht, dabei aber sogleich vorsieht, daß ein vollkommeneres Klärungsverfahren unschwer daran angeschlossen werden kann, falls Mißstände in der Vorflut durch Verschlammung, Verpilzung, Geruchsbelästigung usw. auftreten.

Nach ihren Zielen lassen sich die Verfahren zur Behandlung der Abwässer in drei große Gruppen teilen. Unter be-

sonders günstigen Vorflutverhältnissen kann es genügen, durch Abfisch- und Absiebanlagen nur die gröberen, ästhetisch belästigenden Schwimmstoffe dem Abwasser zu entziehen, — ein Mindestmaß, das unter allen Umständen gegenüber der früher bisweilen vertretenen Meinung, man könne auch ohne jede Reinigung der Abwässer auskommen, festzuhalten ist. Oder es kann nötig sein, auch die feineren suspendierten Stoffe aus dem Abwasser zu beseitigen, was durch Absitzanlagen (Becken Brunnen, Türme) geschehen kann. Oder es kann schließlich erforderlich werden, das Abwasser auch von seinen gelösten, fäulnisfähigen Substanzen zu befreien, was besonders durch biologische Behandlung (auf Land und in biologischen Körpern) zu erreichen ist. Natürlich lassen sich die drei Gruppen von Verfahren vielfach miteinander kombinieren; namentlich zur Erzielung des in Gruppe 3 angestrebten Erfolges wird man in der Regel mit Vorteil zunächst eine gröbere Vorreinigung nach einem der Verfahren in Gruppe 1 oder 2 vorausschicken. Bei einer Reihe von Verfahren bedarf noch die Behandlung des aus dem Abwasser gewonnenen Schlammes einer besonderen Beachtung. Schließlich aber ist auch die Frage der Abwasserdesinfektion einer näheren Erörterung bedürftig.[1])

Abfischanlagen zum Zurückhalten gröberer Stoffe aus dem Abwasser (Kotballen, Papier, Küchenabfälle, Korken, Streichhölzer usw.) hat man in Verbindung mit anderen Reinigungsverfahren schon seit jeher benutzt, besonders vielfach bei Abwasser fördernden Pumpenanlagen, um eine Störung der Pumpentätigkeit durch die Schwimmstoffe zu verhüten. Seit Mitte der 90er Jahre sind namentlich in Deutschland derartige Anlagen in immer feinerer und vollkommenerer Form konstruiert und als Absiebeeinrichtungen zu selbständigen Klärverfahren bei günstigen Vorflutverhältnissen ausgebildet worden. Ursprünglich waren die Abfischanlagen senkrecht im Wasser stehende Rechen aus Eisenstäben mit 5, 10 und mehr cm Abstand zwischen den Stäben; ihre Reinigung erfolgte durch Abharken des Rechengutes von Hand. Später stellte man die Rechen schräg, damit sie eine größere Abfangfläche böten und leichter zu reinigen wären. Als man den Abstand der Rechenstäbe von einander zu verringern und neben den Rechen auch Gitter und Siebe zu benutzen begann, erwies sich die Reinigung vom Rechengut im strömenden Abwasser als unzweckmäßig, weil dabei die abgefangenen Stoffe zum Teil zertrümmert und durch die Oeffnungen der Abfangvorrichtungen hindurchgedrückt wurden, was die Wirkung der Anlage verschlechterte. Man ging daher dazu über, die Abfischeinrichtungen heraushebbar einzurichten und sie von Zeit zu Zeit außerhalb des Abwasser-

[1]) Die nun folgenden Ausführungen wurden bei dem Vortrag durch Projektion zahlreicher Bilder illustriert, von deren Wiedergabe aus äußeren Gründen hier Abstand genommen werden muß; es muß ihretwegen auf die neueren Handbücher der Hygiene und die Kataloge der Abwasserfirmen hingewiesen werden.

stroms mit der Hand oder maschinell zu säubern. Weiter gelangte man dann zur Konstruktion von Abfischeinrichtungen, die ständig in Drehung gehalten werden und bei denen der im Abwasser stehende Teil absiebt, während der außerhalb befindliche durch Harken, Bürsten oder Druckluft von den abgefischten Stoffen befreit wird. Solche Abfanganlagen in Form endloser Bänder sind z. B. in Göttingen und Hamburg in Gebrauch. Andere besitzen einzelne, um eine horizontal, quer zum Abwasserstrom stehende Achse drehbare Flügel, meist 5 an der Zahl, die dem Abwasserstrom entgegengedreht werden und von denen, wenn sie aus dem Abwasser heraustreten, die abgefangenen Stoffe durch Bürsten nach der Peripherie zu oder auf ein in der hohlen Achse befindliches Transportband abgestrichen werden. Derartige Konstruktionen sind z. B. der Uhlfeldersche Rechen (Frankfurt a. M., Stralsund u. a.) und von neueren das von der Firma Geiger in Karlsruhe gebaute Siebschaufelrad. Vielfach in Aufnahme gekommen ist während der letzten Jahre eine Absiebanlage in Gestalt einer schräg zur größeren Hälfte ins Abwasser eintauchenden, ständig gedrehten und außerhalb durch Bürsten gereinigten, mit feinen Schlitzen versehenen runden Platte, die sog. Riensch'sche Separatorscheibe, gebaut von der Maschinenfabrik Wurl in Weißensee bei Berlin. Sie ist z. B. als alleinige Kläreinrichtung in Dresden, Graudenz, Dirschau, versuchsweise auch in Bremen in Gebrauch und wird in der Regel mit Schlitzen von 3 mm Weite, aber auch bis zu 1 mm Weite hinab hergestellt. Von Siebvorrichtungen in Form drehbarer Trommeln ist die nach Angaben von Metzger-Bromberg durch Windschild in Cossebaude ausgeführte Metzger-Windschildsche Trommel zu nennen (Bromberg, Mainz, Osnabrück u. a.). Das Abwasser tritt bei ihr von innen nach außen hindurch, die abgesiebten Stoffe werden vom oberen Rande der Trommel mittels Druckluft in einen in sie hineingeschobenen Transportkarren entleert. Als sonstige, besonders wirksame und namentlich in der Industrie zum Abfangen von feinen Fasern usw. verwendete Apparate in Trommelform seien der Lehmannsche Faserfänger und der Babrowskische Pülpefänger erwähnt.

Die Wirkung aller Absiebanlagen liegt wesentlich auf ästhetischem Gebiet, indem die dem Auge unangenehm auffallenden, an den Ufern der Vorflut leicht anschwemmenden gröberen Schwimmstoffe dem Abwasser durch sie entzogen werden. Da die ästhetischen Forderungen stets erfüllt sein sollen, stellen die Anlagen ein Minimum dar, das mindestens zu fordern ist. Nur bei sehr günstigen Vorflutverhältnissen können sie aber als ausschließliche Klärungsvorrichtung in Betracht kommen. Ihr Wirkungsgrad ist natürlich abhängig von der Größe der Oeffnungen in den Rechen, Gittern oder Sieben. Doch ist zu berücksichtigen, daß größere Schlitze, wenn sie sich mit gröberen Stoffen teilweise zugesetzt haben, auch feinere Stoffe zum Teil zurückhalten, während anderseits

auch durch die engsten Schlitze noch Stoffe, die nur in einer Dimension einen geringeren Durchmesser haben, vom Abwasser hindurchgedrückt werden können. Wichtig ist es für die Praxis, Abfischanlagen, falls sie allein zur Reinigung dienen sollen, möglichst nahe an den Ort der Abwassererzeugung zu bringen, weil bei längerem Laufe in den Kanälen ein Teil der Schwimmstoffe zerrieben wird und dann nicht mehr abfangbar ist; aus demselben Grunde sind sie als einzige Reinigungsanlage hinter Pumpen grundsätzlich verfehlt.

Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen kann man höchstens mit etwa 0,5—1 l Rechengut auf den Kubikmeter Abwasser selbst bei den feineren Siebanlagen rechnen, so daß verhältnismäßig geringe Mengen anfallen, die zudem leicht als Dungmaterial für Garten und Acker Absatz finden.

Hygienisch ist es als wertvoll zu bezeichnen, daß bei den feineren Absiebverfahren die Reinigung der Apparate maschinell erfolgt, die Arbeiter also nicht mit dem Abwasser und Rechengut in unmittelbare Berührung zu kommen brauchen. In Frankfurt a. M. will man seinerzeit infolge derartiger Umgestaltung des Betriebes eine wesentliche Herabsetzung in der Krankheitshäufigkeit der Kläranlagenarbeiter beobachtet haben.

In der Regel verbindet man — wenigstens beim Mischsystem — die Abfischanlagen mit Sandfängen, die bei größeren Rechen diesen meist nach-, bei feineren ihnen vorgeschaltet werden. Damit kommen wir zur Besprechung der Absitzanlagen.

Der leitende Gedanke bei allen Absitzverfahren ist der, durch plötzliche Verlangsamung des Abwasserstromes die im Abwasser enthaltenen Schwebestoffe zum Niedersinken zu veranlassen. Dies gelingt ziemlich leicht und vollständig mit den groben anorganischen Stoffen, namentlich dem im Abwasser suspendierten Sand, den man gewöhnlich für sich besonders dem Abwasser zu entziehen trachtet, weil er die weitere Behandlung und Verwertung der übrigen absitzbaren Stoffe beeinträchtigt. Einzelheiten im Bau der Sandfänge übergehend sei nur erwähnt, daß man sie neuerdings oft zweiteilig anlegt, auch mit Drainagen versieht (Imhoff bei den Bauten der Emschergenossenschaft), um den Sand bequem trocken legen und entfernen zu können. Die Geschwindigkeit des Abwassers in den Sandfängen soll nicht unter 20—25 cm in der Sekunde hinabgehen, damit nicht auch organische Stoffe sich absetzen.

Die Abscheidung der organischen Stoffe durch Sedimentierung des Abwassers gelingt niemals vollständig, auch wenn man das Abwasser aufstauen und völlig ruhig stehen lassen würde. Etwa 20% der suspendierten Stoffe bleiben wegen ihres leichten spezifischen Gewichtes im Abwasser schweben. Durch Zusatz von Chemikalien, wie Kalk, Eisensalzen, schwefelsaure Tonerde, kann man die Ausscheidung auch dieser Stoffe und damit ein völliges Klarwerden des Abwassers erreichen. Aber wegen der schon vorhin berührten Nachteile

der chemischen Klärverfahren — Kostspieligkeit, Entstehung großer, unverwertbarer Schlammassen usw. — hat man sich von ihnen in Deutschland immer mehr abgewendet. Von den Großstädten arbeitet nur noch Leipzig mit einer Klärung durch Eisensalze; auch nur vereinzelte kleinere Städte benutzen noch chemische Fällung. Zur Zeit behaupten die Chemikalien einzig bei der Reinigung gewisser industrieller Abwässer ihre frühere Rolle. Das eine Ausnahme bildende und eine Sonderstellung einnehmende sog. Kohlebreiverfahren wird später noch besprochen werden. Unter Umständen kann vielleicht da, wo Eisensalze oder schwefelsaure Tonerde als gewerbliche Abfallstoffe verfügbar sind, eine Fällung mit diesen Verbindungen und nachfolgende Schnellfiltration mit Sandfiltern in Erwägung kommen; Versuche dieser Art sind an bestimmten Orten im Gange.

Von der früher verbreiteten chemischen Klärung konnte man um so mehr absehen, als man im Laufe der letzten Jahrzehnte erkannte, daß auch die Sedimentation des Abwassers allein, wenn sie richtig betrieben wird und man vor allen Dingen auf rechtzeitige Entfernung des ausgeschiedenen Schlammes sieht, recht befriedigende Ergebnisse liefert. Man kann, um einen ungefähren Wert zu nennen, etwa 70 % der gesamten suspendierten Stoffe durch gut geführte Absitzverfahren ausscheiden, was etwa 85 % der überhaupt so zu beseitigenden Stoffe gleichkommt. Alle derartigen Zahlen sind aber cum grano salis zu nehmen, weil die Beschaffenheit der Abwässer von Stadt zu Stadt, ja zeitlich selbst innerhalb derselben Stadt außerordentlich schwankt. Es ist daher ein grundsätzlicher Fehler, wenn manche Firmen bei der Anpreisung ihrer Klärvorrichtungen zum Vergleich Werte heranziehen, die an anderen Orten unter ganz abweichenden Verhältnissen gewonnen worden sind.

Die Anlagen, in denen man die Sedimentation des Wassers sich vollziehen läßt, sind Becken oder Brunnen (und auch den Brunnen ähnliche, aber ganz oder zum Teil oberirdisch aufgestellte Klärtürme und Klärkessel) verschiedenster Konstruktion. Man betreibt sie heute alle als Durchflußräume, nicht mehr, wie früher teilweise, als von Zeit zu Zeit abgelassene und wieder gefüllte Aufstauräume.

Die wichtigste Frage für die Leistung dieser Anlagen ist natürlich, mit welcher Geschwindigkeit sich das Abwasser in ihnen bewegen soll und wie lange es sich in ihnen aufhalten muß, um die Schwebestoffe weitmöglichst abzugeben. Die Aufsichtsbehörden pflegten in den 90er Jahren eine Geschwindigkeit des Abwassers von nicht mehr als 4 mm in der Sekunde zu verlangen, was bei den damals üblichen Becken von einer Länge bis zu 80 m und darüber einer Aufenthaltszeit des Abwassers in den Becken von 3—4 und mehr Stunden entsprach. Versuche, die seit etwa 1900 an Klärbecken in Hannover, Cöln, Frankfurt a. M., Chemnitz angestellt wurden, lehrten, daß die Innehaltung einer so geringen Geschwindigkeit und langen

Klärdauer zwar entschieden die besten Resultate zeitigt, daß man aber auch bei erheblich größerer Geschwindigkeit und kürzerer Klärzeit nicht viel schlechtere Erfolge bekommt. Man begnügt sich daher heute mit größeren Geschwindigkeiten, 10—12 mm in der Sekunde und selbst mehr, und legt den Hauptwert darauf, daß rechnungsmäßig ein gewisser Mindestaufenthalt des Wassers in der Absitzanlage gewährleistet ist, den man nicht gern unter 2 Stunden bemißt. Es ist nämlich zu bedenken, daß das Abwasser durchaus nicht immer sich vollständig gleichmäßig über den gesamten Querschnitt der Becken oder Brunnen verteilt, sondern leicht infolge von Temperaturdifferenzen und anderen Einflüssen auf dem kürzesten Wege hindurchfließt; selbst wenn man dem durch besondere bauliche Einrichtungen zur gleichmäßigen Verteilung des Abwassers entgegenzuwirken sucht (z. B. bei Becken: Verteilungswand an der Einlaufseite, trapezförmige Verbreiterung nach der Ablaufseite), bleibt immer die rechnungsmäßige Durchflußzeit ein praktisch kaum je erreichtes Maximum. Je kürzer der Aufenthalt in dem Klärraum, desto geringer muß jedenfalls auch die Geschwindigkeit sein, weil bei schnellerem Strömen das Abwasser erst allmählich die feineren Suspensionen niederfallen läßt. Sehr zu beachten ist natürlich auch, daß bei Kanalisation nach dem Mischsystem Regenwetter das Mehrfache des Trockenwetterabflusses auf die Kläranlage bringt, so daß die Aufenthaltsdauer in den Klärräumen und damit die Reinigungswirkung sich dann sehr vermindert. Nicht angebracht ist es aber wiederum, die Aufenthaltszeit zu lang zu wählen, damit das Abwasser seinen frischen Charakter behält und nicht etwa in Fäulnis übergeht; denn ein Zufluß von fauligem Abwasser ist für die Vorflut wegen seiner verzehrenden Wirkung auf den Sauerstoff des Wassers und der daraus folgenden Umwandlung der für die Selbstreinigung wichtigen Fauna und Flora viel ungünstiger als der von frischem Wasser. Aus demselben Grunde ist auch darauf zu halten, daß das Abwasser Sedimentationskläranlagen tunlichst frisch zufließt, weshalb Klosetts dabei an die Kanalisation unmittelbar, nicht aber durch Vermittlung von Faulgruben angeschlossen sein sollen. Absichtlich führt man Fäulnis der Abwässer durch Ansammlung über 12—24 Stunden und mehr in bedeckten, gut und hoch entlüfteten Faulbecken heute nur noch für bestimmte Zwecke herbei, nämlich in der Regel zwecks guter Durchmischung unregelmäßig und ungleichartig zufließender Abwässer, ferner um die Häufigkeit der notwendig werdenden Schlammentleerungen zu vermindern und eine weitere Nachbehandlung durch biologische Körper anzuschließen.

Absitzbecken stellt man heute auch bei einfachster Bauart mit befestigter Wand und Sohle her, damit nicht Abwasser in den Untergrund versickert und damit der Schlamm leicht entfernt werden kann. Der Sohle gibt man nach den Hinweisen von Steuernagel in Cöln ein Gefälle nach der Einlaufseite

zu, weil bei der früher üblichen Neigung nach der Ablaufseite der bald nach dem Eintritt des Abwassers in das Becken besonders massig abgeschiedene Schlamm den dort schon engen Querschnitt des Beckens noch mehr verkleinert. Eine Tauchwand vor dem Ablauf zur Zurückhaltung etwa in die Höhe getriebenen Schlammes ist immer nötig, empfehlenswert, wie schon erwähnt, eine Vorrichtung zur Verteilung des Abwassers über die ganze Beckenbreite beim Einlauf und eine Verbreiterung des Beckens nach dem Ablauf zu behufs Erzielung gleichmäßigerer Wasserströmung. Die Becken zu bedecken ist nicht nötig, da frisches Abwasser nicht auf weitere Entfernung hin unangenehme Gerüche verbreitet.

Die Schwierigkeit liegt bei den Absitzbecken in der Beseitigung des Schlammes aus ihnen, die etwa alle acht Tage, im Sommer noch häufiger, erfolgen muß, soll der Schlamm nicht hochtreiben und das darüber fließende Abwasser faulig machen. Zur Entfernung des Schlammes muß das Becken aus dem Betriebe ausgeschaltet, nacheinander das geklärte Abwasser der oberen Beckenschichten durch Schwimmerabflüsse in die Vorflut, das der tieferen Schichten zu weiterer Klärung in ein Nebenbecken abgelassen werden, worauf dann schließlich der Schlamm selbst herausgepumpt oder -gesaugt werden kann. Er ist aber, auch wenn man ihn bei starker Neigung der Beckensohle in einem am Einlauf angebrachten Schlammsumpf sammelt oder in trichterförmigen Vertiefungen, die man in der Beckensohle angelegt hat (Elberfeld), immer noch sehr reich mit Abwasser vermischt, auch selbst stark wasserbindend, daher schwer zu trocknen oder durch Drainieren von seinem Wasser zu befreien, und sehr zur Fäulnis geneigt. Seine weitere Behandlung ist deshalb recht lästig, kann er nicht sofort so, wie er anfällt, an Landwirte abgegeben oder durch sog. „Beerdigen“ beseitigt, d. h. in Gräben eingelassen und mit Boden beschüttet, oder durch nochmaliges Sedimentieren eingedickt, also von dem nur beigemischten, nicht gebundenen Teil des Abwassers besser befreit, oder endlich durch Zentrifugieren wie in Frankfurt a. M., Hannover und Harburg entwässert werden. Plätze, auf denen solcher Schlamm lagert, verbreiten sehr üble Gerüche, wogegen der oft versuchte Kalkzusatz nichts hilft, während Kompostieren mit Straßenkehricht umständlich, mit Torf kostspielig ist.

Leichter als aus Becken ist die Entfernung des Schlammes aus Brunnen. Diese, die vor den Becken den Vorzug haben, weniger Platz zu erfordern, dagegen bei ungünstigen Bodenverhältnissen teuer werden können, werden in ihren einfacheren Formen entweder so eingerichtet, daß das Abwasser in der Tiefe seitlich zugeführt wird, in die Höhe steigend durch den niedersinkenden Schlamm passiert und dabei selbst seine Schlammteile abgibt, oder derart, daß das Abwasser in der Mitte der Brunnenoberfläche eintritt, unter einer Tauchwand hindurchtreten muß und dann am oberen äußeren Rande des Brunnens abläuft. In beiden Fällen ist die Brunnensohle trichter-

förmig vertieft; der Schlamm kann aus dem Trichter durch den Druck der darüberstehenden Abwassersäule oder durch Ansaugen entleert werden, ohne daß inzwischen der Betrieb des Brunnens unterbrochen zu werden braucht. Der Brunnenschlamm hat aber natürlich die gleichen unerfreulichen Eigenschaften wie der aus den Becken an sich.

Man hat daher seit etwa einem Jahrzehnt nach Verfahren gestrebt, die den Schlamm möglichst automatisch von dem Abwasser absondern, ihn in einer inoffensiven Weise zersetzen und leicht drainierbar und trockenfähig machen. Die erste derartige Konstruktion war das Becken von Travis (1903). Bei ihm ist der Absitzraum des Beckens durch Abschrägung der Außenwand und Einbau schräger Wände in der Mitte, die zwischen sich und der Wand einen schmalen Schlitz lassen, in zwei nach unten spitz zulaufende Teile gegliedert. Der Schlamm rutscht auf den schrägen Flächen hinab durch die Schlitze in einen zwischen den Einbauten gelegenen, nach oben entlüfteten Schlammzersetzungsraum, wo er sich unter lebhaften Gärungserscheinungen, aber ohne Bildung offensiver Gerüche so abbaut, daß er nach einiger Zeit der Einarbeitung des Brunnens in einem Zustande herausgelassen werden kann, in dem er nicht faulig, sondern „nach angebranntem Gummi“ riecht, mit Gasblasen durchsetzt, wasserarm und leicht durch Drainage von dem in ihm noch enthaltenen Wasser zu befreien ist. Bei den Travisbecken, die erst in den letzten Jahren auch in Deutschland aufzukommen beginnen, wird aus Gründen, auf die ich ihrer Kompliziertheit wegen nicht näher eingehen möchte, ein gewisser Teil des frischen Abwassers mit durch den Schlammzersetzungsraum geschickt. Eine besondere Konstruktion der Becken besteht ferner darin, daß in ihrem letzten Teile Hartholzstäbe senkrecht in den Abwasserstrom gehängt sind. An diesen sog. Kolloidfängern sollen sich nach Travis' Meinung kolloidale Stoffe aus dem Abwasser ansetzen, die dann herabgleiten und in den Schlammraum sinken; zweifellos erwiesen ist der Nutzen dieser Vorrichtung noch nicht.

Dem Travisbecken verwandt ist die Bauart der sog. Emscherbrunnen, für die Zwecke der Emschergenossenschaft von Imhoff ausgebildet (seit 1906). Man bezeichnet sie besser ebenfalls als Becken, weil sie überwiegend in Beckenform mit horizontalem Durchfluß gebaut werden und nur vereinzelt als Brunnen mit Tauchwand und Durchleitung des Abwassers in ab- und aufsteigender Richtung benutzt worden sind. Auch bei ihnen bewegt sich das Wasser durch unten spitz zulaufende und mit einem Schlitz an der Spitze versehenen Absitzrinnen. Der Schlitz ist so eingerichtet, daß wohl der Schlamm auf den sehr steilen und glatt gehaltenen Beckenwänden durch ihn in den darunter liegenden Schlammraum hinabrutschen, aber nicht auftreibender Schlamm aus dem Schlammraum durch ihn in den Absitzraum des Abwassers treten kann. In dem sehr groß angelegten, nämlich dem zu erwartendem Schlamm von etwa

5—6 Monaten Platz bietenden und abweichend vom Travisbecken nicht vom Abwasser durchflossenen Schlammraum macht der Schlamm ähnliche Veränderungen wie beim Travisbecken durch.

Die an der Emscher sehr bewährten Emscherbecken haben während der letzten Jahre für weit über 100 Ortschaften in Deutschland Anwendung gefunden, bisher allerdings nicht überall den Erwartungen entsprochen. Bisweilen verläuft die Gärung des Schlammes so stürmisch, daß er in starker Schicht an die Oberfläche des Schlammraumes kommt und wohl sogar aus den Entlüftungsöffnungen herausgetrieben wird; in anderen Fällen bleibt die gewünschte Zersetzung des Schlammes aus, der dann wasserreich und übelriechend ist. Wie man diesen Mißständen begegnen kann, muß die weitere Erfahrung lehren; hat man doch auch über die ganze Frage der regelrechten Zersetzung des Schlammes in den Emscherbecken noch nicht ganz gesicherte Vorstellungen. Nach allem, was bisher bekannt ist, muß man annehmen, daß es darauf ankommt, in dem Schlammraum, in dem sich anfänglich Fäulnisvorgänge wie in einem Abwasserfaulraum abspielen, zwischen dem darin enthaltenen allmählich ausgefaulten Abwasser und dem fortgesetzt anfallenden Schlamm ein bestimmtes Verhältnis innezuhalten, damit nicht erneut Fäulnis, sondern die gewünschte, in der Hauptsache als Zellulosevergärung anzusprechende und durch die rege Gasentwicklung Schlamm und ausgefaultes Abwasser ständig durchmischende inoffensive Zersetzung vor sich geht. Es ergibt sich daraus für die Praxis die Regel, den Schlamm in regelmäßigen Pausen, etwa vierzehntägig zu entleeren, nur teilweise, damit die Form der Zersetzung aufrecht erhalten bleibt, aber jedenfalls nicht zu warten, bis der Schlammraum annähernd vollständig mit Schlamm erfüllt ist. Die Schlammtrockenplätze sind in kleinere Abteilungen zu trennen, in denen der Schlamm nur in niedriger, 20—30 cm hoher Schicht auf gut drainierender Schlacke-, Koks- oder Kiesunterlage liegt, von denen aber für die jedesmalige Schlammaufbringung je eine neue Abteilung zu benutzen ist, damit nicht soeben entnommener Schlamm auf schon trocknenden aufgebracht wird.

Den Emscherbecken nahe stehen die Kremer-Imhoffbrunnen. Sie unterscheiden sich dadurch, daß in dem Absitzraum ein Apparat mit zwangsläufiger Führung des Abwassers eingebaut ist, der zu einer Ansammlung des im Abwasser enthaltenen Fettes an der Oberfläche führt. Bekanntlich ist häusliches Abwasser ziemlich reich an Fetten, für manche Zwecke kann aber die Entfernung der Fette nützlich sein, z. B. für die Nachbehandlung auf Rieselfeldern, um deren Verschlickung durch die Fettstoffe vorzubeugen. Eine wirtschaftliche Gewinnung und Verwertung der Fette des häuslichen und städtischen Abwassers ist jedoch bisher trotz mehrfacher Versuche in Deutschland nicht gelungen; zurzeit sind neue Versuche auf der Elberfelder Kläranlage im Gange.

Bei den sog. Stiag-Brunnen der Städtereinigungs- und Ingenieurbau-Aktiengesellschaft in Wiesbaden sind die Abrutschflächen für den Schlamm im Absitzraum des Abwassers nicht nur an der Spitze, sondern in verschiedenen Höhen mit Schlitzen versehen, wodurch der anfallende Schlamm leichter und schneller in den Schlammzersetzungsraum gelangen soll und wovon zugleich ein regerer Austausch zwischen dem Abwasser im Absitz- und Faulraum als beim Emscherbrunnen erwartet wird.

Andere neue Konstruktionen, bei denen eine inoffensive Zersetzung des Schlammes zu erreichen gesucht wird, sind das sog. Neustädter Becken und das Försterbecken. Beim Neustädter Becken kann der am Boden des Absitzraums liegende, im Querschnitt rechteckige schmale Sammelraum für den absinkenden Schlamm durch einen von oben her herabzulassenden Balken gegen das Abwasser dicht abgeschlossen werden, worauf der Schlamm aus dem so gebildeten rohrartigen Behälter in zwei seitlich gelegene Zersetzungsräume gedrückt wird, in denen er sich wie in den Emscherbeckenzersetzungsräumen unter ausgefaultem Abwasser inoffensiv abbauen und durch neu zugeführten Schlamm allmählich bis in eine Entleerungskammer weiter schieben soll. Beim Försterbecken wird eine fäulnisfreie Zersetzung des Schlammes in besonderen Becken durch stete Zuleitung von Reinwasser zu erreichen gesucht. Versuche der Landesanstalt für Wasserhygiene an einer eigenen Anlage bestätigten die Möglichkeit, mit Verfahren wie den angegebenen zum Ziele zu gelangen.

Der Vollständigkeit halber seien als Brunnenkonstruktionen, die eine Ansammlung des Schlammes und seine Entnahme mit möglichst wenig Beimischung von Abwasser erleichtern sollen, noch genannt: die Schlammzylinder der Gesellschaft für Abwässerklärung in Berlin-Schöneberg, Brunnen, bei denen ein enger Zylinder am Boden als Schlammsammelraum dient, und die Schlammschleusen derselben Gesellschaft, Schlammsammelräume am Boden von Brunnen, die durch einen Stempel während der Entnahme des Schlammes gegen den darüber liegenden Abwasserraum abgeschlossen werden können, um den Schlamm möglichst frei von Abwasserbeimischung zu gewinnen.

Wie sich ein kürzlich in Cöthen eingeführtes Verfahren bewähren wird, bei dem der Schlamm während des Betriebes der Becken aus trogartigen Vertiefungen an dessen Boden abgelassen werden kann, steht noch dahin.

Das durch Absitzanlagen gereinigte Abwasser ist zwar von seinen schlammbildenden Stoffen in ziemlich weitgehendem Maße befreit, indessen natürlich noch fäulnisfähig, da die gelösten organischen Stoffe unverändert geblieben sind. Liegen die Verhältnisse so ungünstig, daß von einer Einleitung des noch fäulnisfähigen Abwassers selbst bei schneller Durchmischung mit dem Vorflutwasser Mißstände im Vorfluter zu erwarten sind, so muß man zu Verfahren greifen, die dem Abwasser auch seine Fäulnisfähigkeit nehmen.

Ich schicke da ein Verfahren voraus, das ich als den Absitz- und Fällungsverfahren nahestehend schon vorhin berührt habe, nämlich das sog. Kohlebreiverfahren von Rothe-Degener. Bei diesem u. a. in Spandau, Potsdam, Köpenick, Elbing angewendeten Verfahren wird dem Abwasser in einem Mischgerinne fein gemahlene Braunkohle (verschiedener Herkunft) und darauf ein Niederschlagsmittel (schwefelsaure Tonerde, Eisensulfat) zugesetzt, deren Mengen sich nach der Beschaffenheit des Abwassers richten. Der entstehende Niederschlag wird in Rothe-Röckner-Klärtürmen oder auch in offenen Becken (Köpenick) zum Absetzen gebracht, kann leicht getrocknet und dann verfeuert oder vergast (Elbing) werden. Bei genügend langer, d. h. mehrstündiger Einwirkung der zugesetzten Stoffe auf das Abwasser wird dieses von seinen fäulnisfähigen Stoffen völlig befreit. Zwar ist das Verfahren nicht billig (in Elbing z. B. 2,39, in Potsdam 1,15 M. für den Kopf und das Jahr); indes ist zu bedenken, daß mit diesen Ausgaben auch die bei dieser Klärmethode einfache Schlammfrage zugleich mitgelöst ist. Hervorzuheben ist auch, daß sich das Verfahren, weil es mit kaum bemerkbarer Geruchsentwickelung einhergeht, besonders auch dort eignet, wo die Kläranlage inmitten bewohnter Gegenden oder nahe bei solchen erbaut werden muß.

Die sonstigen Verfahren, die es möglich machen, das Abwasser seiner Fäulnisfähigkeit zu entkleiden, erreichen dieses Ziel mit Hilfe **biologischer** Vorgänge. Es sind die Verfahren der Behandlung auf natürlichem oder künstlich hergestelltem Boden.

Von ihnen kann ich das seit langem und vielfach im größten Stile bewährte Verfahren der Bodenberieselung verhältnismäßig kurz erledigen, da Ihnen die Grundlagen dieser Reinigungsmethode geläufig sind. Bei ihr, wie bei den übrigen biologischen Verfahren handelt es sich darum, daß die zersetzungsfähigen Stoffe des Abwassers durch Absorptionsvorgänge im Boden festgehalten und mit Hilfe des Sauerstoffs der Bodenluft durch die Tätigkeit niederer Lebewesen oxydiert, in anorganische Verbindungen umgewandelt, mineralisiert werden.

Für einen geordneten Rieselbetrieb ist ein lehmig-sandiger Boden von nicht zu feinem Korn am geeignetsten. Drainage in etwa $1^1/_2$ m Tiefe ist erforderlich, wenn nicht Kiesschichten im Untergrunde und niedriger Grundwasserstand ein dauerndes Versickern des verrieselten Abwassers sicherstellen. Bei der Bemessung der nötigen Rieselfläche geht man oft von der Kopfzahl der an die Kanalisation angeschlossenen Einwohnerschaft aus und rechnet, daß z. B. 1 ha Gelände auf 260 Einwohner in Berlin, 750 in Danzig usw. kommt. Besser ist es, da der Wasserverbrauch der Bewohner und die Menge der industriellen Abwässer von Ort zu Ort sehr schwankt, die auf den Hektar täglich entfallende Abwassermenge anzugeben; dann gelangt man zu Zahlen von in minimo 35 cbm (Berlin); in maximo 180 cbm (Kottbus) täglich für den Hektar. Diese

Unterschiede erklären sich aus der mehr oder minder großen Eignung des Bodens für Rieselzwecke, der größeren oder geringeren Konzentration des Abwassers, dem höheren oder niederen landwirtschaftlichen Ertrag, den man von den Kulturen auf den Rieselfeldern haben will, vor allem aber auch aus dem Grade der Vorreinigung des Abwassers vor der Verrieselung. In dieser Beziehung haben die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte gelehrt, daß man zur pfleglichen Behandlung der Rieselfelder gut tut, den Abwässern durch Sedimentations- und Entfettungsanlagen vor dem Aufbringen auf die Rieselfelder die schlammbildenden und den Boden verschlickenden Stoffe weitgehend zu entziehen, was bei neueren Rieselanlagen denn auch überall zu geschehen pflegt.

Weiterhin hat man die Beobachtung gemacht, daß es meistens doch nicht angeht, die Drainwässer von Rieselfeldern anstandslos in kleine Gräben und Vorfluter abzuleiten. Die auf den Rieselfeldern kultivierten höheren Pflanzen (besonders Grasarten, aber auch Wurzelgewächse) sind nicht imstande, alle bei der Mineralisierung des Abwassers im Boden entstehenden Pflanzennährstoffe zu verarbeiten. In den Rieselfeldabflüssen finden sich noch sehr reichlich Nitrate neben Kali und Phosphorsäure, also Stoffe, die pflanzlichen Lebewesen als Nahrung dienen können. Infolgedessen und wohl auch, weil gelegentlich nicht ganz fäulnisunfähig gewordene Abwässer aus den Rieselanlagen kommen, entwickelt sich in den Abzugsgräben der Rieselfelder eine reiche Vegetation von Pilzen, Algen, höheren Pflanzen und im Anschluß daran auch von Wassertieren, wodurch Pilztreiben und Verkrautung hervorgerufen werden können. Zur Vermeidung solcher Mißstände rieselt man neuerdings das Drainwasser der Rieselfelder nochmals über noch nicht bewässerten Boden oder man leitet es in flache Teiche, die man mit Fischen besetzt.

In den letzten Jahren haben einige deutsche Gemeinden (Rybnik, Fürstenwalde, Luckenwalde, Quedlinburg, Stellingen-Langenfelde bei Hamburg) statt oder neben der Rieselung die Abwasserbehandlung durch intermittierende Bodenfiltration, die in England und besonders in Amerika schon verbreiteter geübt worden ist, eingeführt. Bei diesem Verfahren, das einen nicht zu feinen Sandboden verlangt, beschickt man die zur Reinigung dienenden Sandflächen so reichlich mit Abwasser, daß sie überstaut sind, läßt ihnen nach Versickerung des Abwassers einige Tage Ruhe und bewässert sie dann von neuem. Man kann so, gute Vorreinigung des Abwassers vorausgesetzt, dem Gelände bis zum Zehnfachen mehr Abwasser als bei Rieselanlagen zuführen. Das Drainwasser der Bodenfilter ist nicht mehr fäulnisfähig, aber da man auf landwirtschaftliche Kultivierung des Geländes in der Regel (bis auf Weiden- oder Maiskultur) verzichten muß, noch reicher an Pflanzennährstoffen als das von Rieselfeldern, so daß bei nicht sehr großer Vorflut eine Nachbehandlung in Fischteichen erst recht nötig

ist. Nicht selten benutzt man intermittierende Bodenfiltration neben Rieselfeldern im Winter und in den Zeiten, wo der Stand der Rieselfeldkulturen weitere Abwasserzufuhr nicht gestattet.

Wenig Nachahmung gefunden hat das von Wulsch 1897 nach älteren Vorbildern angewendete Verfahren oberflächlicher Verspritzung von Posener Abortjauche auf Land, nach dem Ort der Anwendung Eduardsfelder System genannt. Nur Breslau und Magdeburg haben auf einem Teile ihres Rieselgeländes dieses ein vielverzweigtes und daher kostspieliges Druckrohrsystem verlangende, auch leicht Geruchsbelästigungen liefernde Verfahren der Kopfdüngung eingeführt.

Nur für kleine Verhältnisse, Anstalten und Einzelhäuser, dort bei grobporigem Boden aber auch mit Erfolg anwendbar ist die Untergrundberieselung, wobei das zuerst sehr gut entschlammte und entfettete Abwasser von einem Sammelschacht aus durch Drainrohrstränge, die mit Steinen oder grobem Kies umpackt sind, im Boden zur Versickerung gebracht wird. Selbstverständlich dürfen in der Nachbarschaft keine aus oberflächlicheren Bodenschichten fördernden Brunnen gelegen sein.

Für die Orte, die eine Befreiung des Abwassers von seiner Fäulnisfähigkeit vor der Ableitung in die Vorflut nötig haben, aber nicht über die Möglichkeit der Reinigung auf natürlichem Boden verfügen, sind die in der Versuchsstation des amerikanischen Staates Massachusetts um 1890 nach älteren Anregungen von Frankland ausgearbeiteten, bald darauf in England aufgenommenen und seit Ende der 90er Jahre auch in Deutschland in die Praxis eingeführten Verfahren der Reinigung auf künstlichen biologischen Körpern, meist kurz als biologisches Reinigungsverfahren bezeichnet, von großer Bedeutung geworden. Mehr als 80 deutsche Städte, darunter zwei Großstädte, Berlin-Wilmersdorf und Aachen, klären ihre Abwässer nach dieser Methode, die auch für sehr zahlreiche Krankenanstalten und sonstige Einzelgebäude Anwendung gefunden hat. Dadurch ist Gelegenheit gegeben worden, dies Verfahren nach allen Richtungen in seiner Leistungsfähigkeit zu erproben und die zweckmäßigste Art seiner Gestaltung festzustellen. Für die wissenschaftliche Erforschung der Vorgänge bei der biologischen Reinigung sind besonders die Untersuchungen an einer in Hamburg Mitte der 90er Jahre errichteten Versuchsanlage durch Dunbar und seine Mitarbeiter wertvoll gewesen.

Bei den biologischen Körpern handelt es sich um eine Art von grobporigen Filtern, die in wechselnder Höhe und aus verschiedenartigem, gröberem oder feinerem Material aufgebaut sind. Man betreibt sie entweder nach dem Füllverfahren, d. h. so, daß der in einem Becken mit dichter Sohle und festen Wänden angelegte Körper mit Abwasser vollständig erfüllt wird, längere Zeit so stehen bleibt, dann durch einen Auslaß am Boden entleert und nun vor neuer Beschickung mehrere Stunden leer gelassen wird; oder nach dem Tropfverfahren, wobei das Abwasser in Tropfenform aufgelöst ständig durch

den in Behälter eingebauten oder frei aufgestellten Körper von der Oberfläche her hindurchrieselt.

Bei den beiden Betriebsarten vollziehen sich im großen und ganzen die gleichen Vorgänge. In der ersten Zeit nach der Inbetriebnahme eines neuen Körpers wird das Abwasser in ihm nur insoweit gereinigt, als ein Teil der suspendierten Stoffe im Körper durch Abfiltrieren zurückgehalten wird, während die chemische Beschaffenheit des Abwassers sich kaum verändert. Nach einigen Wochen fortgesetzter Beschickung hat sich das den Körper zusammensetzende Brockenmaterial mit einer schleimig-schmierigen, zahllose Mikroorganismen und auch größere Lebewesen enthaltenen Schicht, den sog. biologischen Rasen umkleidet; der Körper ist „reif" geworden. Die ungelösten, pseudogelösten (kolloidalen) und gelösten organischen Stoffe des Abwassers werden jetzt durch Absorptionswirkung in der beschriebenen Schleimschicht zurückgehalten, und das Abwasser verläßt den Körper in nicht mehr zersetzungsfähigem Zustande. Im Füllkörper während der Zeiten des Leerstehens, im Tropfkörper infolge des ununterbrochenen Luftzutrittes werden ständig die absorbierten Stoffe durch die Kleinorganismen im Körper oxydiert. Als Zeichen dafür findet man in dem Ablaufwasser gut arbeitender biologischer Körper, und zwar in reichlicher Menge besonders bei Tropfkörpern, das höchste Oxydationsprodukt des Stickstoffs, Salpetersäure, die im rohen häuslichen Abwasser stets fehlt, und eine starke Abnahme der Oxydierbarkeit, bestimmt nach der Kubel-Tiemannschen Methode, gegenüber dem aufgeleiteten Abwasser. Die Erfahrung hat gelehrt, daß eine Verminderung der Oxydierbarkeit um 60—65 % gegenüber der des Abwassers genügt, um Fäulnisunfähigkeit sicherzustellen; meist liefern die biologischen Körper aber noch eine stärkere Herabsetzung. Der Geruch der Abflüsse ist modrig oder erdig.

Es erhellt aus dem Gesagten, wie wichtig eine ausgiebige Sauerstoff-, also Luftzufuhr zu den biologischen Körpern ist, wie also bei Füllkörpern auf ausgiebige Zeiten des Leerstehens zwischen den Beschickungen, bei Tropfkörpern auf hinreichende Zutrittsmöglichkeiten der Luft gesehen werden muß.

Vor der Aufleitung auf biologische Körper ist das Abwaser gut zu entschlammen, weil sonst, besonders bei Füllkörpern, eine Verschlammung der biologischen Körper zu befürchten ist. Man benutzt zur Entschlammung Becken- oder Brunnenanlagen. Anfänglich glaubte man eine Zeitlang, durch Vorbehandlung des Abwassers in Faulbecken die biologische Reinigung zu erleichtern, weil bei dem Faulverfahren schon ein Teil der kolloidalen Stoffe abgebaut wird. Diese Annahme hat sich nicht als richtig erwiesen, vielmehr läßt sich frisches Abwasser der Regel nach mindestens ebensogut wie angefaultes biologisch reinigen. Außerdem führt die Aufbringung fauligen Wassers auf biologische Körper bei offenen Kläranlagen die Gefahr von Geruchsbelästigungen mit sich. Man braucht daher heute eine

Vorfaulung nur noch dort, wo die Abwässer, z. B. wegen des Anschlusses industrieller Anlagen, in ungleichmäßiger Menge und Beschaffenheit zufließen und eine Mischung in dem mindestens für die halbe oder ganze Tagesmenge ausreichenden Faulraum erwünscht ist; ferner für Einzelhäuser und Anstalten, wo man die ganze Kläranlage unterirdisch anlegt und durch die Faulanlage den Vorteil gewinnt, daß man den dort anfallenden Schlamm nur in Abständen von mehreren Monaten oder noch seltener zu entfernen braucht. — Nur nebenher erwähnen will ich eine besondere, von Dibdin erdachte Methode, in Behältern, die mit lose geschichteten Schieferplatten gefüllt sind und nach Art von Füllkörpern betrieben werden (sog. Schieferplattenkörper), eine Vorreinigung von Abwasser vorzunehmen, wobei der Schlamm während der Zeit des Leerstehens sich oxydieren und von Zeit zu Zeit durch Abspritzen entfernt werden soll; in Deutschland ist meines Wissens diese im wesentlichen auf die Schlammzersetzung hinzielende Methode noch nicht zur Ausführung gekommen.

Zur Herstellung von Füllkörpern benutzt man am besten Materialien von harter und widerstandsfähiger Beschaffenheit, einer rauhen Oberfläche und einem gewissen Eisengehalt; man bevorzugt Grubenkoks und Kesselrostschlacke. Durch die ganze Höhe des Körpers, die mit 1 m oder etwas darüber genügend bemessen ist, soll das Material die gleiche Größe haben, nämlich 3—8, höchstens 10 mm größten Durchmesser der einzelnen Brocken, sonst werden die Abflüsse nicht fäulnisunfähig. Für die Reinigung konzentrierter Abwässer kann es nützlich sein, sie durch zwei Füllkörper nacheinander zu schicken (zweistufige Füllkörper); der erste Körper wird dann aus Material bis 20 mm Korngröße aufgebaut.

Die Aufnahmefähigkeit der Füllkörper an Abwasser kann man bei neuen Anlagen auf 40 v. H., also für den cbm Körper auf 400 Liter rechnen. Nimmt man an, daß ein Körper in 1 Stunde beschickt wird, 2 Stunden gefüllt stehen bleibt, 1 Stunde zum Leerlaufen braucht und dann 2 Stunden mit Luft erfüllt ruhen muß, so würde man 6 Stunden für eine Arbeitsschicht nötig haben, in 24 Stunden also 4 Schichten erledigen und auf den cbm Körper 1,6 cbm Abwasser reinigen können. Indessen ist diese Zahl für die Praxis viel zu hoch. Auf die Dauer kann man nur mit einer Aufnahmefähigkeit von höchstens 300 Litern Abwasser auf den cbm Körper und zu guter Erholung desselben in den Pausen nur mit zweimal täglicher Beschickung rechnen, wonach also 1 cbm Körper täglich 600 Liter Abwasser reinigt oder der cbm Abwasser 1,67 cbm Körpermasse erfordert. Bei zweistufigen Körpern nimmt man nach Thumm auf den cbm Abwasser 1,1 cbm Körper in jeder Stufe an.

Die Füllkörper machen Schwierigkeiten im Betrieb, weil ihre Beschickung und Entleerung in geregelten Zeitabständen gehandhabt werden muß. Zwar kann man dafür automatische Füll- und Ablaßeinrichtungen anwenden, indes ist doch eine

stete Aufsicht nötig. Noch schwerer fällt ins Gewicht, daß die Körper auch bei schonender Inanspruchnahme doch im Laufe einiger Jahre immer weniger aufnahmefähig für Abwasser werden und auch in ihrer Reinigungskraft nachlassen, was sich zuerst durch Auftreten von Eisenschlamm, darauf von übelriechenden Stoffen im Ablaufwasser zeigt. Dann muß das Material herausgenommen und gründlich gewaschen werden, eine schmutzige, umständliche und kostspielige Arbeit. Diese Umstände haben herbeigeführt, daß Füllkörper in neuerer Zeit immer weniger häufig angelegt, daß vorhandene in Tropfkörper umgeändert werden und daß sie eigentlich nur noch da eine Rolle spielen, wo spärliches Gefälle von der Kläranlage bis zum Vorfluter sie wegen der geringen für sie nötigen Höhe gegenüber den größere Höhe verlangenden Tropfkörpern bevorzugen läßt.

Tropfkörper baut man im Gegensatz zu Füllkörpern, die für gute Leistung ein feineres Korn erfordern, aus gröberem Material, von Walnuß- bis Faustgröße, auf, um Verschlammung zu verhüten, und sucht durch geschickte Verteilung des Abwassers über sie die nötige innige Berührung zwischen diesem und dem Körpermaterial zu sichern. Auch für sie eignen sich Schlacke und Grubenkoks, aber auch Ziegelbrocken, Steinschlag und anderes festes Material mit rauhem Bruch. Man gibt ihnen eine Höhe nicht unter 2 m und berechnet ihre Größe vorsichtiger Weise so, daß auf 1 cbm täglicher Abwassermenge 2 cbm Körper zur Verfügung stehen; bei dünnerem Abwasser kommt man aber auch mit 1 Abwasser zu 1,5 Körpermasse aus.

Die Tropfkörper können in Mauerumbauten eingefügt oder frei aufgestellt werden; im letzteren Falle gibt man ihnen etwas abgeböschte Wände aus groben Stücken des zum Körperaufbau dienenden Materials. Genügende Luft dringt von der Oberfläche in sie ein, so daß besondere Luftzuführungsrohre entbehrlich sind; nur bei der noch zu erwähnenden Verteilung des Abwassers auf sie durch eine oberflächliche, besonders feine Schicht (Dunbarsche Schule) ist Luftzufuhr von der Seite oder durch ausgedehnte Stellen gröberen Materials an der Oberfläche vorzusehen. Freistehende Körper erhalten gegen Abkühlung durch Wind und Winterkälte, die den biologischen Vorgängen im Körperinnern nachteilig sein kann, einen Schutz durch eine Bretterwand an der Windseite oder eine Umpflanzung mit Nadelhölzern oder einen Bezug mit immergrünen Pflanzen (Efeu). Ueber die undurchlässig anzulegende Sohle des Körpers bringt man gröberes Material, in dem sich das herniedersickernde Wasser sammeln kann, und sorgt für Gefälle der Sohle nach der Abflußseite. Gelegentliche Abspülung der Sohle mit Reinwasser ist zweckmäßig.

Das am schwierigsten zu lösende Problem ist bei den Tropfkörpern die Verteilung des Abwassers auf ihre Oberfläche. Als Regel kann man aufstellen, daß Körper aus grobem Material ·ne Verteilung verlangen, damit das Abwasser nicht ungereinigt

durch die Hohlräume im Körperinnern hindurchrieselt, Körper mit kleinerem Korn dagegen gröbere Verteilung nötig haben, damit eine Ausspülung schlammbildender, abgebauter Stoffe aus dem Körper erfolgen kann. Auf die Unzahl von Verteilungskonstruktionen einzugehen, die man erdacht und versucht hat, will ich unterlassen, schon, weil die Würdigung der technischen Einzelheiten sehr schwierig ist. Im wesentlichen benutzt man in Deutschland heute drei Arten von Verteilern. Erstens Drehsprenger, bei denen das in der Mitte der kreisrund gestalteten Körper zugeleitete Abwasser horizontal über der Körperoberfläche liegende Röhren durch seinen eigenen Druck in Drehung versetzt und dabei in feinen Strahlen herausspritzt; als Wandersprenger, der am Ende des Körpers selbsttätig umwendet, ist dasselbe System auch für Körper von viereckigem Grundriß anwendbar. Zweitens Kipprinnen, d. h. bewegliche doppelteilige Rinnen, die, vom Abwasser gefüllt, bald nach der einen, bald nach der anderen Seite über den rechteckigen Körper sich entleeren, besonders für kleine Anlagen empfehlenswert sind, aber, um sicher zu arbeiten, sehr sorgfältig hergestellt sein müssen. Endlich die sog. Tropfschale nach Dunbar, eine Deckschicht aus feinem Material auf der Körperoberfläche, die das Abwasser in Form von Tropfen an die tieferen Schichten weiter gibt, aber sehr leicht verschlammt und daher sorgfältigster Pflege durch Abnehmen der obersten Schlammschicht und Aufharken bedarf.

Den Füllkörpern gegenüber haben die Tropfkörper den Vorzug, daß sie im Innern nicht verschlammen, also fortgesetzt leistungsfähig bleiben und nicht alle paar Jahre auseinandergenommen und gereinigt werden müssen, dagegen den Nachteil, daß ihre Abflüsse reichliche Mengen von Trübungen durch Ausschwemmungen von Schlamm, Würmern usw. enthalten, weshalb eine Nachklärung durch Sedimentation in kleinen, einfachen Absitzbecken vor Ablaß der Abflüsse in die Vorflut nötig ist.

Unbegründet ist bei Tropfkörpern, denen frisches Abwasser zugeführt wird, die Sorge vor größeren Geruchsbelästigungen. Jede Kläranlage verbreitet mehr oder weniger Gerüche, gehört daher möglichst in abgelegene Gegenden; Tropfkörperanlagen sind in dieser Beziehung aber nicht bedenklicher als andere Kläreinrichtungen. Ebensowenig berechtigt ist die Behauptung, Tropfkörperanlagen brächten eine Fliegenplage herbei. Es zeigen sich zwar stets an und bei den Tropfkörpern massenhaft kleine Fliegen, die darin günstige Vermehrungsbedingungen finden; sie sind aber völlig harmlos, bleiben auf dem Gebiet der Kläranlage und werden höchstens einmal durch heftige Windstöße in Schwärmen ein Stück fortgetrieben, wogegen man neuerdings Umpflanzung der Kläranlagen mit Vogelschutzgehölzen empfiehlt.

Den soeben geschilderten Methoden der Abwässerreinigung durch biologische Vorgänge ist in neuester Zeit noch eine fernere zur Seite getreten, die eine Befreiung der Abwässer

von ihrer Fäulnisfähigkeit in Fischteichen erhofft. Es wurde schon hervorgehoben, daß man zur Nachreinigung fäulnisunfähig gewordener, aber noch Pflanzennährstoffe enthaltender Abwässer von Rieselfeldern — und dasselbe gilt für die von Tropfkörpern — mit Nutzen ihre Einleitung in Fischteiche vornehmen kann. Hofer in München glaubt auch frische fäulnisfähige Abwässer mittelst Durchleitung durch Fischteiche fäulnisunfähig machen zu können. Er rechnet für 2—3000 Köpfe einen flachen, 0,3—1 m tiefen Teich von 1 ha Größe, durch den das Abwasser nach mäßiger Entschlammung mit der 2—3fachen Menge an reinem Wasser gemischt und an verschiedenen Stellen eingeleitet hindurchfließt. Größere Anlagen dieser Art sind noch nicht im Betrieb, Versuche in Straßburg i. E. nicht ganz beweisend. Man muß daher abwarten, ob die Praxis die etwas optimistisch scheinenden Hoffnungen bestätigt.

M. H.! Den Ueberblick über die verschiedenen uns heute zu Gebote stehenden Verfahren zur Abwasserreinigung, der im Rahmen eines Vortrages natürlich nur kurz und allgemein zu sein vermochte, könnte ich hiermit schließen. Indessen bleiben doch noch einige ergänzende und erläuternde Bemerkungen zu machen.

Mit wenigen Worten möchte ich darauf verweisen, daß man neuerdings neben der Reinigung der in die Kläranlage gelangenden Abwässer auch der Beschaffenheit der aus Kanalisationen auf anderen Wegen der Vorflut zugehenden Wässer sein Augenmerk zugewendet hat. Beim Mischsystem sind Notauslässe bekanntlich nicht zu entbehren, weil die Endstränge der Entwässerung, sollten sie auch alle Regenwässer zur Kläranlage führen, außerordentlich groß und damit ungeheuer kostspielig werden müßten. Man sucht aber heute mehr als früher dahin zu gelangen, daß durch die Notauslässe jedenfalls nicht gröbere Schmutzstoffe in die Vorflut kommen. Zu dem Ende gibt es Konstruktionen, die mittels Abfangvorrichtungen (Tauchwandkonstruktionen mit breiten Ueberläufen) in den Hauptkanälen an der Abzweigung der Notauslässe die Schwimmstoffe im Kanalnetz zu halten bestimmt sind. Demselben Zweck sollen Rechen und Sandfänge an den Mündungen der Notauslässe dienen; auch sind vereinzelt schon besondere große Klärbecken für Notauslaßwässer angelegt worden. Voll anerkannt ist allerdings die Brauchbarkeit dieser verschiedenen Verfahren noch nicht. Beim Trennsystem, das hygienisch den Vorteil hat, das gesamte Abwasser unter allen Witterungsverhältnissen stets der Kläranlage zuzuführen, und das zumal in kleineren Städten und in Außenvierteln großer Städte immer häufiger zur Anwendung kommt, ist, wenn Regenkanäle angelegt werden, ebenfalls darauf zu achten, daß durch sie nicht grobe Verschmutzungen der Vorflut erfolgen. Auch an ihren Mündungen sind also Sandfänge, Rechen oder gar Klärbecken nötig, die nach jedem Regen alsbald gesäubert werden müssen. Noch

wesentlicher ist es jedoch, in trennkanalisierten Städten mit Regenkanälen auf fortlaufende gute Straßreinigung zu drängen, weil, wenn diese gelegentlichen Regenfällen überlassen bleibt, Verschmutzung der Vorflut durch die dann von den Straßen abgespülten Schmutzmassen unausbleiblich ist.

Auf die Reinigung der industriellen Abwässer bin ich absichtlich nicht näher eingegangen, um meinen Vortrag nicht über Gebühr auszudehnen. Wie ich schon bemerkte, werden in den meisten Fällen auch schwer zu reinigende Industriewässer durch Beimischung zum städtischen Kanalwasser der Reinigung in den verfügbaren allgemein gebräuchlichen Klärsystemen zugänglich. Nötig kann es aber unter Umständen werden, durch Anlage von Aufhaltebecken in Fabriken dafür zu sorgen, daß die Industrieabwässer in gleichmäßiger Weise den städtischen Kanalwässern beigemischt werden. Auch ihre Neutralisierung, Abkühlung, Befreiung von Faser- nnd Fettstoffen vor Einleitung in die städtischen Kanäle kann in Frage kommen. In den Kanalisations-Satzungen sollte man für gewerbliche Anlagen immer die Möglichkeit vorbehalten, daß beim Auftreten von Mißständen Vorbehandlung der Abwässer noch nachträglich verlangt werden kann.

Erwünscht wären Ihnen wahrscheinlich Angaben über die Kosten der einzelnen besprochenen Reinigungsverfahren. Solche mit auch nur annähernder Verläßlichkeit Ihnen zu geben, bin ich jedoch nicht in der Lage. Von Ort zu Ort schwanken selbst bei annähernd gleichartigen Verhältnissen die Kosten für Anlage und Betrieb der Kläreinrichtungen in solchem Maße, daß es mißlich ist, Mittelwerte zu ziehen. Höchst- und Mindestzahlen anzugeben hat aus dem gleichen Grunde aber auch wenig Wert.

Auch auf den naheliegenden Gedanken, Ihnen Anhaltspunkte zu geben, in welcher Weise die Reinigungswirkung einer Kläranlage und der Einfluß des gereinigten Wassers auf die Vorflut zu beurteilen ist, muß ich wegen der Verschiedenheit der in Betracht kommenden Verhältnisse verzichten. Es wäre das ein Gegenstand, der allein die meinem Vortrage zugemessene Zeit in Anspruch nehmen würde. Raten möchte ich nur, für jede Kläranlage auf die Führung eines Betriebsbuches und von Zeit zu Zeit wiederholte Messung der Abwässermengen hinzuwirken.

Dagegen muß ich zum Schlusse noch auf die Frage der Abwasserdesinfektion mit einigen Worten eingehen.

Ohne Zweifel liegt die Gefahr vor, daß Erreger bestimmter Krankheiten, die durch den Genuß von Wasser übertragen werden können, wie die Erreger des Typhus, der Ruhr, der Weilschen Krankheit, gewisser Arten von Brechdurchfällen, in Seuchenzeiten auch die der Cholera, mit den städtischen Abwässern in die Wasserläufe zu gelangen und bei Genuß des Wassers der Vorfluter in nicht bakteriologisch gereinigtem Zu-

stande zu Infektionen Anlaß zu geben vermögen. Auch die vollkommensten Verfahren der Abwasserreinigung, wie die Landbehandlung und die biologischen Körper, geben keinerlei Sicherheit für die Zurückhaltung oder Unschädlichmachung pathogener Keime. Ebensowenig darf man sich nach den Erfahrungen über das Hinabwandern des Typhus an Bächen, z. B. in den schlesischen Reihendörfern, darauf verlassen, daß die Krankheitskeime etwa schnell im Flußwasser absterben.

Nun wäre die Sachlage einfach, wenn der hygienische Grundsatz, daß Oberflächenwasser nicht ohne zuverlässige Befreiung von seinen Bakterien genossen werden darf, Gemeingut aller Volkskreise wäre. Davon wird aber wahrscheinlich nie die Rede sein können! Sehen wir doch täglich die Anwohner verschmutzter Flüsse und besonders die schiffahrttreibende Bevölkerung das Flußwasser zu Trink- und Wirtschaftszwecken ohne Vorsicht benutzen. Es muß daher etwas geschehen, um die Gefahr der Infektionsverbreitung wenigstens herabzusetzen.

Zu diesem Ende hat man früher allgemeine und ständige Desinfektion der städtischen Abwässer vor ihrer Uebermittelung an die Flüsse gefordert und durchzusetzen gesucht. Anfangs verlangte man dabei die Abtötung so ziemlich aller Keime, später erklärte man sich befriedigt, wenn wenigstens die koliartigen Bakterien vernichtet waren, weil deren Widerstandsfähigkeit etwa derjenigen der in Frage kommenden pathogenen Keime gleich, eher etwas höher ist. Noch der Erlaß vom 20. Februar 1901 schreibt vor, von Fall zu Fall zu prüfen, ob eine Desinfektion dauernd notwendig sei. Eine solche gilt aber heute als praktisch nicht durchführbar, denn die Kosten dafür wären unerschwinglich. Als Belag diene ein Versuch, den die Stadt Duisburg 1910 mit einer Desinfektion ihrer Abwässer durch Chlorkalk ausgeführt hat. Es waren hier, um die Kolikeime im mechanisch vorgereinigten Abwasser einigermaßen, nicht völlig sicher zu vernichten, in der Stunde 216 kg Chlorkalk nötig. Das bedeutet im Jahr eine Ausgabe an Chlorkalk allein von rund 380000 Mark, die sich noch dadurch wesentlich erhöhen würde, daß man natürlich selbst einem Strom wie dem Rhein nicht solche Chlorkalkmengen ohne Schaden fortgesetzt zuführen könnte, sondern eine vorherige Unschädlichmachung des Chlors durch Eisenvitriol vornehmen müßte.

Man hat deshalb einen anderen Weg eingeschlagen, nämlich den, daß man die Anzeigepflicht für Infektionskrankheiten sorgfältig handhabt, die laufende Desinfektion am Krankenbett womöglich auf öffentliche Kosten durchsetzt und dadurch das Hineingelangen von Krankheitskeimen in die Abwässer zu unterbinden sucht. Freilich ist auch das ein nicht voll erreichbares Ziel; denn nicht bei der Behörde gemeldete und unerkannte Krankheitsfälle, Kranke im Initialstadium, Bazillenträger werden noch immer für die Keimverstreuung sorgen. Mindestens wird aber doch die Gefahr wesentlich verringert sein.

Bis in die neueste Zeit ist noch bei dem Bau von städti-

schen Kläranlagen die Beschaffung von Vorkehrungen für eine Desinfektion, falls sie einmal nötig werden sollte, vorgeschrieben worden. Die Folge war, daß zum Teil lächerliche Einrichtungen entstanden, wie Körbe zum Hineinhängen von Desinfektionsmitteln in den Abwasserstrom, oder aber bessere, wie große Desinfektionsbecken, die allerdings oft allmählich zerfielen und im Ernstfall unbrauchbar gewesen wären. Ohne große Bedenken wird man m. E. diese ganzen Maßnahmen fallen lassen können. Die Notwendigkeit zu einer Abwassergesamtdesinfektion ist, soweit ich weiß, erst einmal in Deutschland gegeben gewesen, und zwar 1912 für das Abwasser des von Typhus verseuchten Kasernenviertels in Hanau. Hier nahm man die Desinfektion des Abwassers aus dem befallenen Viertel in den zugehörigen Kanälen selbst vor, in denen man das Abwasser durch Einsetzen von Brettern für eine gewisse Zeit aufstaute. In anderen Fällen wird man die Desinfektion in der Kläranlage oder im letzten Teil des Kanalnetzes auszuführen versuchen. Oder man wird, wo es angeht, flache Erdbecken auf der Kläranlage ausheben lassen, was in wenigen Stunden geschehen kann, und in diesen das Abwasser mit dem Desinfektionsmittel in Berührung bringen, und zwar womöglich das vorher geklärte Abwasser, da dieses der Desinfektion leichter zugänglich ist als ungeklärtes. Als wirksamstes Desinfektionsmittel kommt das Chlor in Betracht, in Form des Chlorkalks oder als elektrolytisch aus Kochsalzlösung hergestelltes Chlor oder als komprimiertes Gas usw. Unbedenklich wird man, wo wirklich einmal eine allgemeine Abwasserdesinfektion nötig wird, mit stärksten Konzentrationen des Desinfektionsmittels vorgehen können, weil die Kosten für die fraglos nur wenige Tage oder Wochen andauernde Gesamtdesinfektion dann keine Rolle spielen dürfen und auch die in der Vorflut etwa durch das Desinfektionsmittel verursachten Schäden angesichts der abzuwendenden gemeinen Gefahr völlig nebensächlich sein müssen. (Allseitiger Beifall.)

Vorsitzender: M. H.! Ich darf wohl namens der Versammlung Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel unseren verbindlichsten Dank für seinen hochinteressanten und lehrreichen Vortrag sowie für die instruktiven Demonstrationen ausdrücken.

Wünscht jemand das Wort zu diesem Vortrage? — Es ist nicht der Fall. — Wir kommen nunmehr zu

V. Bericht der Kassenrevisoren und Vorstandswahl.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Schlüter**, Kreisarzt in Gütersloh: Die Kasse ist nachgesehen und sowohl in Einnahme als in Ausgabe richtig befunden worden.

Vorsitzender: Dann beantrage ich, daß dem Kassenführer Entlastung erteilt wird. Sind Sie damit einverstanden?

(Es erhebt sich kein Widerspruch.)

Wir kommen nun zur Vorstandswahl. (Zuruf: Wiederwahl aller Vorstandsmitglieder durch Akklamation!)

M. H.! Die Akklamation ist nur zulässig, wenn sich kein Widerspruch erhebt. Ich frage, ob ein solcher erhoben wird?

Es ist nicht der Fall! Danach würde der bisherige Vorstand wiedergewählt sein. Im Namen der übrigen Vorstandsmitglieder sowie in meinen eigenen Namen spreche ich Ihnen dafür unseren verbindlichsten Dank aus. Leider ist Herr Kollege Dr. Straßmann wegen Erkrankung nicht anwesend, aber ich glaube ganz sicher, daß er die Wiederwahl ebenso annehmen wird, wie die hier anwesenden Vorstandsmitglieder. Im Namen des Vereins darf ich ihm wohl recht baldige Genesung wünschen.

Damit sind wir am Schluß der Hauptversammlung.

Generalversammlung der Jubiläumsstiftung.

a. Geschäfts- und Kassenbericht.

Vorsitzender: M H.! Der Bericht[1]) befindet sich bereits gedruckt in Ihren Händen; ich möchte hierzu nur kurz folgendes hinzufügen. Der vorjährige Beschluß unserer Generalversammlung, die Herren Regierungs- und Medizinalräte nochmals zu bitten, neue Mitglieder für die Stiftung zu gewinnen, ist von dem Vorstand ausgeführt und hat einen recht guten, in einzelnen Bezirken sogar einen glänzenden Erfolg gehabt, wie Sie aus der dem Bericht beigefügten Uebersicht ersehen können. Es sind nicht weniger als 59 neue Mitglieder hinzugekommen; die Mehrzahl von ihnen ist allerdings noch nicht in der Zusammenstellung aufgeführt, weil eine Reihe der Herren erst für 1913 beigetreten sind. Es fehlen aber immer noch einige Regierungsbezirke, wo noch verhältnismäßig wenig Neigung vorhanden ist, für die Stiftung Mitglieder zu sammeln. Ich hoffe jedoch, daß es dem Einfluß meiner Herren Spezialkollegen auch hier gelingen wird, die noch nicht beigetretenen Medizinalbeamten für die Stiftung zu gewinnen. M. H.! Die Anforderungen an unsere Leistungen werden von Jahr zu Jahr größer; dabei ist es auffallend, daß sie gerade aus den Provinzen und Regierungsbezirken erhoben werden, wo die Stiftung verhältnismäßig wenig Mitglieder zählt, wie z. B. in Schlesien und Pommern. Ich möchte deshalb den betreffenden Kollegen ganz besonders ans Herz legen, auf eine Vermehrung der Mitgliederzahl in ihren Provinzen hinzuwirken. Wie sehr sich die Zahl der Unterstützungsansprüche vermehrt, können Sie am besten daraus ersehen, daß wir in der letzten Vorstandssitzung allein 2000 Mark für Unterstützungen haben bewilligen müssen. Von Jahr zu Jahr zeigt sich, wie notwendig die Stiftung ist und wieviel tatsächliche Not mit ihrer Hilfe gemildert werden kann. Dies gilt aber nicht blos für die Hinterbliebenen älterer Kollegen, sondern noch im höheren Grade für die verhältnismäßig jung verstorbenen Kollegen, deren Witwen mit 3 oder 4 unmündigen Kindern zurückgeblieben sind, die erzogen

[1]) Siehe nachstehend S. 62—64.

werden, das Gymnasium besuchen und event. nachher die Universität besuchen sollen. Daß dies mit einer Witwenpension von etwa 1000 Mark und Waisengeldern von je 200 Mark nicht möglich ist, wird wohl keiner bezweifeln. Jeder Medizinalbeamte sollte deshalb der Stiftung als Mitglied beitreten; hoffentlich erlebe ich es noch, daß dies der Fall ist! Jedenfalls möchte ich nicht unterlassen, den Herren Reg.- und Medizinalräten für Ihre bisherige erfolgreiche Unterstützung den herzlichsten Dank auszusprechen und sie zu bitten, uns diese auch ferner in gleicher Weise zu gewähren.

Will jemand zu dem Geschäfts- oder Kassenbericht das Wort ergreifen?

Es ist nicht der Fall. — Dann bitte ich die Herren Kassenrevisoren, ihren Bericht zu erstatten:

b. Bericht der Kassenrevisoren.

Herr Med.-Rat Dr. **Hermann**-Bitterfeld: Herr Kollege Dr. Kowalewski und ich haben die Rechnungen über die Jubiläumsstiftung nachgeprüft und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß sämtliche Einnahmen stimmen und die Ausgaben durch Quittungen richtig belegt sind. Dem Schrift- und Kassenführer kann somit Entlastung erteilt werden.

Vorsitzender: Sind die Herren mit der Erteilung der Entlastung einverstanden? Es erhebt sich kein Widerspruch; sie ist also erteilt. Unserem Schrift- und Kassenführer Herrn Geh. Rat Dr. Schlüter darf ich aber wohl im Namen der Stiftung unseren verbindlichsten Dank für die musterhafte Führung der Geschäfte aussprechen. Wir hätten nun noch

c. die Vorstandswahl

zu vollziehen. Da ich ebenso wie Herr Kollege Dr. Fielitz offizielles Vorstandsmitglied bin und einer Wahl nicht unterliege, darf ich wohl selbst betreffs der sonstigen Wahlen einen Vorschlag machen, der dahin geht, die übrigen bisherigen drei Vorstandsmitglieder wieder zu wählen.

(Allseitige Zustimmung.)

Es erhebt sich kein Widerspruch; die Herren sind somit wiedergewählt.

Schluß der Sitzung: 3 Uhr nachmittags.

An die Sitzung schloß sich die **Besichtigung** der vortrefflich eingerichteten Räume der neuen Landesanstalt für Wasserhygiene unter sachkundiger Führung an. Am Abend um 6 Uhr fand das **Festessen** im Rheingold (Bankettsaal) statt, auf dem infolge der außerordentlich zahlreichen Beteiligung, auch seitens der Damen, eine äußerst vergnügte Stimmung herrschte.

Geschäftsbericht

über die

Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins

für das Jahr 1912.

Die Mitgliederzahl ist im Berichtsjahre erfreulicherweise ganz erheblich gestiegen. Gemäß einem Beschluß auf der letzten Generalversammlung hat sich der Vorstand an sämmtliche Herren Regierungs- und Medizinalräte mit der Bitte gewandt, bei Gelegenheit der Versammlungen der Medizinalbeamten ihres Bezirks auf die Jubiläumsstiftung hinzuweisen und die Unterstützung ihrer wohltätigen Bestrebungen durch Beitritt anzuregen. Diese Anregung hat den großen Erfolg gehabt, daß nicht weniger als **59 neue Mitglieder** der Stiftung beigetreten sind und demzufolge die Mitgliederzahl sich unter Berücksichtigung des Abgangs von 9 Mitgliedern, von denen 5 gestorben und 4 ausgetreten sind, auf 288 erhöht hat. Außerdem haben weitere 34 Kollegen ihren Beitritt für 1913 angemeldet, so daß der **Gesamtzuwachs 93** oder nach Abzug der Verstorbenen und Ausgetretenen **84 Mitglieder** beträgt.

Der Vorstand hat daher alle Ursache, den Herren Regierungs- und Medizinalräten für ihr der Stiftung entgegengebrachtes großes Interesse und für ihre Bemühungen herzlichst zu danken. Diesem Danke möchte er hier noch besonderen Ausdruck geben und damit die Bitte verbinden, auch ferner der Stiftung ihr Wohlwollen in gleichem Maße zu erhalten. Gleichzeitig möchte er aber auch denjenigen Herren gegenüber, die im Vorjahre noch keine Gelegenheit hatten, seiner Bitte zu entsprechen, diese wiederholen; hoffentlich gelingt es ihnen, auch in ihren Bezirken der Stiftung ebensoviele neue Mitglieder zuzuführen, wie dies in den übrigen Bezirken geschehen ist.

Nach den Provinzen und Regierungsbezirken verteilen sich Mitglieder und Beiträge wie folgt:

Zahl der Mitglieder:	1912 absolut	1912 in % der Medizinalbeamten	1911 absolut	1911 in % der Medizinalbeamten	Beiträge 1912 M.	Beiträge 1911 M.
Königsberg	10	52,6	10	52,6	100	100
Gumbinnen	13	81,2	4	25,0	120	40
Allenstein	3	23,1	3	23,1	30	30
Provinz Ostpreussen	26	54,2	17	35,4	250	170
Danzig	7	50,0	3	21,4	60	30
Marienwerder	7	41,2	7	41,2	70	85
Provinz Westpreussen	14	45,2	10	32,3	130	115

Zahl der Mitglieder:	1912 absolut	1912 in % der Medizinalbeamten	1911 absolut	1911 in % der Medizinalbeamten	Beiträge 1912 M.	Beiträge 1911 M.
Berlin	18	85,7	14	66,7	190	130
Potsdam	10	43,5	7	30,3	90	70
Frankfurt a. O.	10	55,5	8	44,4	100	80
Berlin u. Prov. Brandenburg	38	61,3	29	46,8	380	280
Stettin	11	61,1	5	27,8	110	50
Köslin	6	50,0	4	33,3	55	45
Stralsund	1	16,7	2	33,3	10	20
Provinz Pommern	18	50,0	11	30,6	175	115
Posen	7	23,3	7	23,3	70	70
Bromberg	3	17,6	3	17,6	35	35
Provinz Posen	10	21,3	10	21,3	105	105
Breslau	12	36,4	14	42,4	132	152
Liegnitz	4	19,0	4	19,0	30	30
Oppeln	11	40,7	11	40,7	115	115
Provinz Schlesien	27	33,3	29	35,8	277	297
Magdeburg	16	84,4	9	47,4	145	100
Merseburg	13	68,4	9	47,4	130	90
Erfurt	9	100,0	7	77,8	95	75
Provinz Sachsen	38	80,9	25	53,2	370	265
Schleswig-Holstein	9	34,6	11	42,3	95	115
Hannover	7	50,0	6	44,4	85	75
Hildesheim	6	40,0	6	40,0	65	65
Lüneburg	6	60,0	6	60,0	60	60
Stade	8	61,5	2	15,4	80	20
Osnabrück	2	18,2	3	27,3	30	40
Aurich	5	83,3	4	66,7	60	50
Provinz Hannover	34	49,3	27	39,4	380	310
Münster	5	35,7	5	35,7	55	55
Minden	10	90,9	10	90,9	130	130
Arnsberg	17	68,0	13	52,0	195	155
Provinz Westfalen	32	64,0	28	56,0	380	340
Cassel	13	59,1	9	40,9	105	80
Wiesbaden	4	20,0	4	20,0	55	40
Provinz Hessen-Nassau	17	40,5	13	31,0	160	120
Koblenz	6	37,5	7	43,8	60	70
Düsseldorf	7	23,3	7	23,3	80	80
Cöln	3	17,6	3	17,6	30	40
Trier	6	40,0	6	40,0	60	60
Aachen	1	10,0	1	10,0	10	10
Sigmaringen	3	75,0	1	25,0	30	10
Rheinprovinz	26	28,3	25	27,2	270	270
Summe	288	45,6	235	37,2	2972	2502

Die Jahresbeiträge haben sich also um 470 M. erhöht; an einmaligen Beiträgen sind 120 M. eingegangen

(100 M. aus der Provinz Sachsen, 20 M. aus Westfalen). Einen weiteren einmaligen Beitrag von 456 M. verdankt die Stiftung dem Herrn Minister, der zu diesem Betrage die noch vorhandenen, der Stiftung vom Preußischen Medizinalbeamtenverein schenkungsweise überlassenen Exemplare der Jubiläums-Festschrift übernommen hat. Der Vorstand verfehlt nicht, ihm sowohl, als der Medizinalabteilung des Ministeriums seinen verbindlichsten Dank dafür auszusprechen.

Die Jahresrechnung schließt wie folgt ab:

a. Einnahme.

Bestand aus dem Vorjahre 1911 . . .	846,34	M.
Jahresbeiträge	2972,00	„
Einmalige Beiträge	576,00	„
Zinsen	961,52	„
Zusammen	5355,86	M.

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	1400,00	M.
Kapitalanlage	3013,83	„
Schreibgebühren, Porto, Scheckgebühren und Drucksachen	98,18	„
Zusammen	4512,01	M.
Bleibt Kassenbestand	843,85	M.

Das Vermögen der Stiftung betrug am 31. Dezember 1912: 26843,85 Mark und zwar:

1. Zinstragende Wertpapiere, aus dem Vorjahre übernommen:		
$3^1/_2$ % Preußische Staatsanleihe	10000,00	M.
4 % „ „	12000,00	„
4 % Westfälische Provinzial-Anleihe . .	1000,00	„
2. Im Berichtsjahre angekauft:		
4 % Preußische Staatsanleihe	2000,00	„
4 % Pommersche Provinzialanleihe . . .	1000,00	„
3. Kassenbestand.	843,85	„
Zusammen	26843,85	M.
Vermögensstand am 31. Dezember 1911:	23846,34	M.
also mehr:	2997,51	M.

Die 24000 M. der Preußischen Staatsanleihe sind auf den Namen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in das Staatsschuldbuch eingetragen, die 2000 Mark Provinzialanleihe sind bei der Rheinisch-Westfälischen Diskontogesellschaft in Gütersloh hinterlegt. Der jährliche Zinsertrag der Wertpapiere beläuft sich auf 990 M. gegen 870 M. im Vorjahre.

Der Vorstand ist während des Berichtsjahres einmal zu einer Sitzung zusammengetreten.

Unterstützungen sind an drei Witwen verstorbener Medizinalbeamten im Betrage von 200, 400 und 600 M. gewährt, ferner eine solche in der Höhe von 200 M. an einen im Ruhestand befindlichen, über 91 Jahre alten und erblindeten unterstützungsbedürftigen Kollegen. Im ganzen sind also vier Unterstützungen im Betrage von 1400 M. gegen vier im Betrage von 1200 M. im Vorjahre gegeben.

Anlage A zum Vortrag des Reg.- u. Med.-Rats Dr. Wolf-Lüneburg über:

Entwurf eines Wohnungsgesetzes.[1])

Artikel 1.

Baugelände.

I. Das Gesetz, betreffend die Anlegung und Veränderung von Straßen und Plätzen in Städten und ländlichen Ortschaften, vom 2. Juli 1875 (Gesetzsammlung S. 561) wird dahin geändert:

1. Im § 1 erhält

a. der Abs. 2 folgende Fassung:

Die Ortspolizeibehörde kann die Festsetzung von Fluchtlinien verlangen, wenn die von ihr wahrzunehmenden polizeilichen Rücksichten oder die Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis die Festsetzung fordern; im letzteren Falle bedarf sie jedoch der Einverständniserklärung der Kommunalaufsichtsbehörde.

b. der Abs. 4 Satz 2 folgende Fassung:

Aus besonderen Gründen kann aber eine hinter die Straßenfluchtlinie zurückweichende Baufluchtlinie festgesetzt werden.

2. Im § 3 wird als Abs. 3 folgende Vorschrift hinzugefügt:

Im Interesse des Wohnungsbedürfnisses ist ferner darauf Bedacht zu nehmen, daß in ausgiebiger Zahl und Größe Plätze (auch Gartenanlagen, Spiel- und Erholungsplätze) vorgesehen, daß für Wohnzwecke Baublöcke

---

[1]) Die Begründung ist in Anmerkung beigefügt, soweit sie hier interessiert. In dem allgemeinen Teil der Begründung heißt es:

. . . . Der von der Königlichen Staatsregierung im Jahre 1904 veröffentlichte Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse hat damals hinsichtlich eines Teiles seiner Bestimmungen in der öffentlichen Kritik Widerspruch erfahren. Zugleich ist im allgemeinen gegenüber dem beabsichtigten Vorgehen darauf hingewiesen worden, daß nach der Entwicklung des Wohnungsmarkts in vielen größeren Gemeinden seit der Veröffentlichung des Entwurfs eine Beseitigung der in seiner Begründung eingehender dargelegten Mißstände im Wohnungswesen namentlich der minderbemittelten Bevölkerungskreise auch ohne einen so weitgehenden staatlichen Eingriff schon als Folge der natürlichen Entwicklung erhofft werden dürfe.

Diese Hoffnung hat sich nach den inzwischen gemachten Beobachtungen nicht in dem wünschenswerten Maße erfüllt. Wenn auch mit Genugtuung festgestellt werden darf, daß auf dem Gebiete des Wohnungswesens infolge der ihm, namentlich auch von den Gemeinden, in immer steigendem Maße zugewandten Aufmerksamkeit sowie infolge einer umfassenden Entfaltung freier gesellschaftlicher und genossenschaftlicher Tätigkeit wesentliche Fortschritte gemacht worden sind, so bestehen doch in den an Einwohnerzahl schneller wachsenden Gemeinden, und zwar nicht nur in den größeren Städten, und fast überall in den industriell besonders entwickelten Landesteilen noch immer ernste Mißstände, die nicht bloß vorübergehender Natur sind.

Ein erheblicher Teil der Bevölkerung wohnt hier in Räumen, die aufs äußerste beschränkt und von denjenigen anderer Haushaltungen nicht in einer den Anforderungen des Familienlebens und der Hygiene entsprechenden Weise getrennt sind. Die Kleinwohnungen sind vielfach nach Lage oder baulicher Beschaffenheit unbefriedigend, zum Teil in gesundheitlicher Beziehung zum dauernden Aufenthalte von Menschen überhaupt nicht geeignet. Dabei sind die Wohnungen zum erheblichen Teil überfüllt, auch werden in ihnen zugleich vielfach in weitgehendem Maße noch fremde, nicht zur Familie gehörige Personen untergebracht, so daß weder den Rücksichten der Gesundheit und der Sittlichkeit noch dem Erfordernisse der Aufrechterhaltung des Familienlebens in ausreichender Weise Rechnung getragen ist. Die Zahl der jeweilig

von angemessener Tiefe und Straßen von geringerer Breite entsprechend dem verschiedenartigen Wohnungsbedürfnisse geschaffen werden, und daß durch die Festsetzung Baugelände entsprechend dem Wohnungsbedürfnisse der Bebauung erschlossen wird.

3. Im § 5 erhält

a. der Abs. 1 folgende Fassung:

Die Zustimmung der Ortspolizeibehörde (§ 1) darf nur versagt werden, wenn die von ihr wahrzunehmenden polizeilichen Rücksichten oder das Wohnungsbedürfnis (§ 3 Abs. 3) die Versagung fordern. Soweit die

---

leerstehenden Kleinwohnungen, von denen ein gewisses Mindestmaß wenigstens in größeren Gemeinden zur regelrechten Befriedigung des Wohnungsbedürfnisses und zur Verhütung von Wohnungsmangel erfahrungsgemäß erforderlich ist, sinkt in vielen Orten oft längere Zeit hindurch oder in häufigerer Wiederkehr unter dieses Mindestmaß, und die Mietpreise stehen in zahlreichen Fällen nicht im Verhältnisse zu dem Einkommen der lohnarbeitenden Bevölkerungskreise.

Diese Mißstände lassen sich im wesentlichen darauf zurückführen, daß in denjenigen Gemeinden, in welchen die Bevölkerung fortgesetzt wächst, die Herstellung kleiner gesunder Wohnungen, wenn nicht dauernd, so doch in gewisser Wiederkehr längere Zeiträume hindurch hinter dem durch die Bevölkerungszunahme gegebenen Bedürfnisse zurückbleibt, während zugleich ältere Häuser beseitigt werden, in denen bisher minderbemittelte Familien zu angemessenen Mietpreisen ein leidliches Unterkommen fanden. Dazu kommt, daß infolge einer ungesunden Boden- und Häuserspekulation die Mietpreise zu unverhältnismäßiger Höhe getrieben werden. Die auf Kleinwohnungen angewiesenen Bevölkerungskreise sind daher genötigt, bei der Befriedigung des Wohnungsbedürfnisses auf das denkbar bescheidenste Maß hinabgehen, neben gesundheitlich bedenklichen Wohnungen besonders häufig ungenügende Teilwohnungen, die des erforderlichen Abschlusses gegen andere Wohnungen entbehren, zu beziehen und, zumal wenn sie größere und teurere Wohnungen zu mieten gezwungen sind, fremde Personen als Abmieter, Einlieger oder Schlafgänger bei sich aufzunehmen. Der Mangel einer ausreichenden Zahl gesunder und preiswerter kleiner Wohnungen erschwert zugleich das im gesundheitlichen Interesse vielfach dringend gebotene Einschreiten gegen die aus früheren Zeiten überkommenen Wohnungen und gegen die zunehmende Unterbringung von Menschen in Räumen, die zu dauerndem Aufenthalt ursprünglich nicht bestimmt und auch bisher nicht benutzt worden sind.

Neben dem Wohnungsmangel beeinflußt an vielen Orten, und zwar nicht nur in den größeren Städten und ihrer Umgebung, sondern zum Teil bereits auch in den Industriedörfern, hauptsächlich auch der Umstand die Wohnungsverhältnisse in ungünstiger Weise, daß in zunehmendem Maße über das durch den Stand der Bodenpreise gerechtfertigte Maß hinaus Wohnhäuser mit vier und mehr Stockwerken errichtet werden, wodurch — auch abgesehen von der Rückwirkung auf die Steigerung der Bodenpreise — ein wachsender Teil der ärmeren Bevölkerung auf unerwünscht hochgelegene Wohnungen verwiesen wird. Am nachteiligsten sind die Folgen dieser Entwicklnng dort, wo solche Häuser mehrere Quergebäude und Seitenflügel erhalten, so daß zugleich eine erhebliche Zahl von licht- und luftarmen Hinter- und Seitenwohnungen entsteht."

Nachdem hiermit die bisher gegenüber diesen Mißständen von der Staatsregierung getroffenen Anordnungen erwähnt sind, heißt es dann weiter:

„Bei dem Umfange der Mißstände und bei der Bedeutung der Wohnungsfrage für das leibliche und sittliche Wohl der Bevölkerung wird nunmehr auch im Wege der Gesetzgebung mit denjenigen Maßnahmen vorzugehen sein, welche sich, abgesehen von Maßnahmen des Reichs, für eine Verbesserung der Wohnungsverhältnisse darbieten. Dabei wird nicht verkannt werden dürfen, daß es zur Beseitigung der Wohnungsmißstände sogenannte „große Mittel", die ohne fortgesetzte planmäßige und den Verhältnissen angepaßte Kleinarbeit zum Ziele führen, nicht gibt. Das Ziel wird vielmehr nur durch Eingreifen auf den verschiedenen in Frage kommenden Gebieten der öffentlichen Verwaltung und durch eine vereinte planmäßige Anwendung aller zum Ziele

Zustimmung mit Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis versagt wird, bedarf es des Einverständnisses der Kommunalaufsichtsbehörde.

b. der Abs. 3 folgenden Zusatz:

Soweit ein solches Ansuchen auf das Wohnungsbedürfnis gestützt wird, darf es nur im Einverständnisse mit der Kommunalaufsichtsbehörde ergehen.

4. Im § 12 werden als Abs. 4 folgende Vorschriften eingestellt:

Von dem Verbot ist Dispens zu erteilen, falls ein Wohnungsbedürfnis besteht, der Eigentümer Gewähr dafür bietet, daß diesem Bedürfnisse

---

führenden einzelnen Mittel erreicht werden können. Für ein solches umfassenderes Vorgehen sollen, soweit auf einzelnen Verwaltungsgebieten die bestehende Gesetzgebung eine hinreichend sichere Grundlage noch nicht bietet, durch den Entwurf zunächst die erforderlichen gesetzlichen Unterlagen geschaffen werden.

Die Maßnahmen zur Abhilfe der herrschenden Mißstände werden entsprechend den dargelegten hauptsächlichen Ursachen der unbefriedigenden Wohnungszustände in erster Linie darauf abzielen müssen, daß dem Bedürfnis entsprechend die Herstellung kleiner, in gesundheitlicher, sittlicher und sozialer Beziehung einwandfreier Wohnungen tunlichst gefördert, und daß die diesem Ziel entgegenstehenden Hemmnisse beseitigt, sowie daß der Mietpreis der Wohnungen in angemessenen Grenzen gehalten wird. Die Befriedigung des Bedarfs an kleinen Wohnungen, wie die Befriedigung des Wohnungsbedürfnisses überhaupt, ist namentlich in den größeren und in den schnell wachsenden Gemeinden heute vorwiegend auf die spekulative Tätigkeit der gewerbsmäßigen Bauunternehmung angewiesen, welche die Wohnhäuser auf Vorrat herstellt, um sie demnächst weiter zu veräußern. Zur Erreichung des angegebenen Ziels erscheinen daher vornehmlich Maßnahmen geboten, welche die heute der Errichtung kleiner preiswerter Wohnungen durch die private Bauunternehmung erschwerend entgegenstehenden Ursachen nach Möglichkeit beseitigen und auf die Bauunternehmer einen nachhaltigen Anreiz ausüben, mehr als bisher Häuser mit kleinen Wohnungen herzustellen.

In Frage kommen in dieser Beziehung in erster Linie Maßnahmen zur Bekämpfung der ungesunden Bodenspekulation. Die durch diese hervorgerufenen hohen Bodenpreise verhindern die Herstellung von Wohngebäuden mit kleinen Wohnungen und treiben die Mieten der Wohnungen auf eine für die ärmeren Bevölkerungsklassen unerschwingliche Höhe hinauf. Die Mittel, um einer ungesunden Bodenspekulation entgegenzuwirken, liegen, abgesehen von einer zweckmäßigen Bodenpolitik der Gemeinden, einer angemessenen gesetzlichen Regelung des Schätzungswesens für den Grundbesitz und von Maßnahmen der Besteuerung, wesentlich auf dem Gebiete des Bebauungsplans und der Fluchtlinienfestsetzung sowie auf dem Gebiete der Bauordnung. Demgemäß wird in Artikel 1 I Nr. 1 bis 3 des Entwurfs, wozu die Vorschrift in Artikel 2 § 3 die sachgemäße Ergänzung bildet, eine zweckentsprechende Ergänzung der Bestimmungen des Gesetzes, betreffend die Anlegung und Veränderung von Straßen und Plätzen in Städten und ländlichen Ortschaften, vom 2. Juli 1875 (Gesetzsamml. S. 561) sowie in Artikel 2 § 1 eine Ergänzung des geltenden Baupolizeirechts dahin vorgesehen, daß für den Erlaß abgestufter Bauordnungen eine rechtlich völlig zweifelsfreie Unterlage geschaffen wird.

In Betracht kommt für viele Gemeinden in dieser Beziehung aber auch eine Beseitigung der herrschenden Bodenzersplitterung, die der Bautätigkeit hemmend entgegensteht, steigend auf die Bodenpreise wirkt und es dem einzelnen Grundbesitzer ermöglicht, die Aufschließung und Bebauung größerer Teile des Baugeländes dauernd zu verhindern. Daneben hat diese Zersplitterung des Baugeländes die unerwünschte Wirkung, daß sie häufig zu unzweckmäßiger und den gesundheitlichen Anforderungen nicht entsprechenden Bauten führt. In Artikel 1 I Nr. 5, 6 ist deshalb ein Weg zur Beseitigung der sogenannten Baumasken und im Art. 1 II die Ausdehnung des für Frankfurt a. M. erlassenen Umlegungsgesetzes vom 28. Juli 1902 und des Ergänzungsgesetzes vom 3. Juni 1907 auf die Monarchie vorgesehen.

durch den Bau entsprechender, gesunder und zweckmäßig eingerichteter Wohnungen Rechnung getragen wird, und falls dem Bau an der dafür gewählten Stelle des Weichbildes keine berechtigten Gemeindeinteressen entgegenstehen. Ueber die Erteilung des Dispenses beschließt im Streitfalle der Bezirksausschuß.

5. Als § 13a werden folgende Vorschriften eingestellt:

Mit dem Zeitpunkt, an dem eine Straße oder ein Straßenteil für den öffentlichen Verkehr und den Anbau fertig hergestellt ist, erhält die Gemeinde das Recht, ein an die Fluchtlinie der Straße oder des Straßenteils angrenzendes Grundstück, soweit es nach den baupolizeilichen Vor-

---

In manchen Fällen ist eine Erschwerung oder Verhinderung namentlich der Errichtung von Kleinwohnungen infolge einer ungerechtfertigten Handhabung des den Gemeinden durch § 12 des Gesetzes vom 2. Juli 1875 eingeräumten Rechts eingetreten, durch Ortsstatut den Anbau an solchen Straßen zu verbieten, welche noch nicht gemäß den baupolizeilichen Bestimmungen des Ortes für den öffentlichen Verkehr und den Anbau fertiggestellt sind. Insbesondere haben manche Gemeinden Ausnahmen von diesem Verbote nur unter den Verpflichtung der Eigentümer zugelassen, daß an der Straße ausschließlich Häuser mit größeren Wohnungen errichtet werden sollten. Durch die Vorschrift in Artikel 1 I Nr. 4 soll für diese Fälle Abhilfe geschaffen werden.

Als ein besonders wirksames Mittel, um die private Bauunternehmung zu vermehrter Herstellung guter Kleinwohnungen zu veranlassen, erscheint ein planmäßiges Einschreiten gegen die vorhandenen schlechten und überfüllten Wohnungen. Abgesehen davon, daß ein Vorgehen nach dieser Richtung sowohl im gesundheitlichen, als auch namentlich im sittlichen und sozialen Interesse dringend geboten erscheint, bildet der den vorhandenen guten Wohnungen heute durch die vielfach noch fast uneingeschränkte Ausnutzung der Gebäude zur Unterbringung von Menschen bereitete unlautere Wettbewerb, der in der Neigung weiter Bevölkerungskreise, in erster Linie an der Wohnung sparen, einen wirksamen Rückhalt findet, einen wesentlichen Grund für die Zurückhaltung der Bauunternehmung, eine ausreichende Zahl solcher Wohnungen herzustellen. Durch Maßnahmen der gedachten Art wird zugleich einer weiteren ungesunden Steigerung der Mieten und damit auch der Bodenpreise entgegengewirkt. In dieser Beziehung sehen die Artikel 3, 4 des Entwurfs das Erforderliche vor.

In zweiter Linie werden die Abhilfemaßnahmen gegenüber den herrschenden Mißständen auf tunlichste Erhaltung und Förderung der flachen und niedrigen Bauweise hinzielen müssen, wie sie in anderen Ländern durch Wohnsitte oder geeignete Maßnahmen der Gesetzgebung und Verwaltung mehr als zurzeit bei uns gesichert ist. Das in dieser Beziehung erforderliche Vorgehen deckt sich in der Hauptsache mit den bereits erörterten Maßnahmen, soweit eine Hintanhaltung der ungesunden Bodenspekulation in Frage kommt, da übermäßige Bodenpreise eine gesunde weiträumige Bebauung verhindern und die Bevölkerung in überfüllte Mietkasernen zusammendrängen. Die Entwicklung der flachen und niedrigen Bauweise ist daneben aber auch durch die Vorschriften mancher aus älterer Zeit stammender Bauordnungen ungünstig beeinflußt worden, die in ihren im Hinblick auf die Errichtung von Massenmiethäusern erlassenen Vorschriften namentlich hinsichtlich der Anforderungen an die Standfestigkeit und Feuersicherheit nicht genügend Rücksicht auf die kleineren Häuser nehmen. Ebenso haben manche für größere Bezirke erlassenen Baupolizeiordnungen, die gleichzeitig für größere und kleinere Gemeinden Bestimmungen treffen, den Erlaß verschärfter, eine geringere Höhe der Gebäude und eine geringere Stockwerkzahl anstrebender Bestimmungen für die größeren Gemeinden dadurch erschwert, daß sie für die kleineren Gemeinden ein durch die Verhältnisse nicht gerechtfertigtes weitgehendes Maß baulicher Ausnutzung zulassen. In beiden Beziehungen ist das Erforderliche in Artikel 2 § 2 vorgesehen. Im Zusammenhange mit der Förderung einer gesunden Bauweise steht die Fürsorge für eine ausreichende Zahl von Plätzen und die Schaffung besonderer Wohnquartiere, die nach Artikel 1 I Nr. 2 und Artikel 2 § 1 Nr. 2 mehr als bisher sichergestellt werden soll.

schriften des Orts nicht zur Bebauung geeignet ist, dem Eigentümer gegen Entschädigung zu entziehen. Will die Gemeinde dieses Recht ausüben, so hat sie dies unter genauer Bezeichnung der zu enteignenden Fläche dem Eigentümer mitzuteilen mit dem Hinweise, daß Einwendungen gegen die Entziehung binnen einer Anschlußfrist von vier Wochen bei dem Gemeindevorstand anzubringen sind. Ueber Einwendungen beschließen die die im § 8 dieses Gesetzes und im § 146 des Gesetzes über die Zuständigkeit der Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden vom 1. August 1883 (Gesetzsamml. S. 237) berufenen Behörden.

Sind die nach Abs. 1 entzogenen Grundflächen weder zusammen noch

---

Zu Artikel 1 I Nr. 1—3: „Um die Anordnung der Baublöcke an das für die einzelnen Bevölkerungskreise verschiedene Wohnungsbedürfnis unter Sonderung breiter Verkehrs- von den schmaleren Wohnstraßen und dabei eine Aufteilungsweise des Bodens sicherzustellen, die eine vorteilhafte Geländeverwertung und günstige Bauformen gewährleistet, beabsichtigt der Entwurf, der Ortspolizeibehörde bei der Festsetzung der Straßen- und Baufluchtlinien künftig eine ähnliche Mitwirkung auch aus Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis einzuräumen, wie sie ihr bisher schon aus Rücksichten des Verkehrs, der Feuersicherheit, der öffentlichen Gesundheit und zur Verhütung einer Verunstaltung der Straßen und Plätze übertragen ist. Dabei erschien es indes, da die Rücksichten auf eine angemessene Regelung des Wohnungsbedürfnisses wesentlich weitergreifen, als die übrigen vorbezeichneten Rücksichten, angezeigt, ein Eingreifen der Polizeibehörde aus diesem Gesichtspunkt an die Voraussetzung zu knüpfen, daß sich die Kommunalaufsichtsbehörde mit dem Vorgehen einverstanden erklärt hat. Ob gegenwärtig Maßnahmen, die aus dem bezeichneten Gesichtspunkt eine zweckmäßigere Aufteilung des Baugeländes im Wege der gesetzlich vorgesehenen Mitwirkung der Ortspolizeibehörde bei der Festsetzung der Fluchtlinien herbeizuführen bezwecken, in dem geltenden Recht eine ausreichend sichere Grundlage finden, erscheint um deswillen zweifelhaft, weil Maßnahmen der bezeichneten Art in erster Linie nicht so sehr auf eine Förderung der öffentlichen Gesundheit als vielmehr auf eine dem öffentlichen Bedürfnis entsprechende, sozial und wirtschaftlich befriedigende Gestaltung der Wohnungsverhältnisse abzielen. Gleichwohl wird bei der Bedeutung, die diese Frage im allgemeinen Staatsinteresse besitzt, auf die rechtliche Möglichkeit für die Staatsbehörden, solche Maßnahmen nötigenfalls auch gegen den Widerstand der Gemeindevertretungen zu erzwingen, mit Rücksicht auf den den Hausbesitzern in diesen eingeräumten Einfluß nach den bisherigen Erfahrungen nicht ferner verzichtet werden können. In dieser Beziehung kommt namentlich in Betracht, daß die Bodenaufteilung und die dadurch bedingte Bodenentwicklung von wesentlichem Einfluß auf die Höhe der Bodenpreise sind.

Bei manchen neueren Stadterweiterungen ist auf die Freihaltung einer angemessenen Zahl öffentlicher Plätze nicht hinreichend Bedacht genommen. Durch die in Artikel 1 I Nr. 2 des Entwurfes vorgesehene Ergänzung des § 3 des Baufluchtengesetzes ist daher schärfer als bisher zum Ausdruck gebracht, daß auch die Fürsorge für eine ausgiebige Zahl und Größe freier Plätze zu den leitenden — erforderlichenfalls von der Ortspolizeibehörde im Einvernehmen mit der Kommunalaufsichtsbehörde zur Geltung zu bringenden — Gesichtspunkten bei Aufstellung der Bebauungspläne gehört.

Die durch die vorstehend erörterten Bestimmungen des Entwurfs beabsichtigte Erweiterung der Befugnis der Ortspolizeibehörde hält sich grundsätzlich in dem bei Erlaß des Gesetzes vom 2. Juli 1875 für die staatliche Mitwirkung bei der Feststellung der Fluchtlinien und Bebauungspläne gezogenen Rahmen, insofern als die Rücksicht auf das Wohnungsbedürfnis gleichfalls über den Rahmen der lediglich kommunalen Interessen hinausgeht und den Kreis der allgemeinen öffentlichen Interessen berührt, deren volle Beachtung bei der Festsetzung der Fluchtlinien durch die der Polizeibehörde im Gesetz eingeräumte Beteiligung an dem Verfahren gewährleistet werden soll. Der Einwand einer ungerechtfertigten Beschränkung der Selbstverwaltung der Gemeinden wird der vorgeschlagenen Bestimmung daher füglich ebensowenig

in Verbindung mit anderen der Gemeinde gehörigen Grundstücken zur Bebauung geeignet, so ist die Gemeinde verpflichtet, die entzogenen Grundflächen den Eigentümern der angrenzenden Grundstücke auf ihr Verlangen gegen Erstattung der Aufwendungen nebst Zinsen zu übereignen. Sie hat, wenn mehrere Grundstücke angrenzen und eine Vereinbarung mit den Eigentümern nicht erzielt wird, einen Plan für die zweckmäßige Zuteilung der entzogenen Grundflächen sowie eine Kostenverteilung aufzustellen. Der Plan und die Kostenverteilung sind zur Einsicht der Beteiligten offenzulegen. Die Offenlegung ist ortsüblich bekannt zu machen mit dem Hinweise, daß Einwendungen binnen einer Ausschlußfrist von vier Wochen seit dem Tage der Bekanntmachung bei dem Gemeindevorstand anzubringen sind. Den aus dem Grundbuch ersichtlichen Eigentümern ist, soweit tunlich, besondere Mitteilung zu machen. Ueber die Einwendungen beschließen die in Abs. 1 bezeichneten Behörden.

---

entgegengehalten werden können, wie er gegenüber der zurzeit bereits im Gesetze vorgesehenen Mitwirkung der Polizeibehörde berechtigt sein würde. Die Bestimmung erscheint um so unbedenklicher, als nach der Absicht des Entwurfs auch in den Fällen des Artikels 1 I Nr. 2 beim Mangel einer Verständigung zwischen der Otspolizeibehörde und dem Gemeindevorstande die Entscheidung der im Gesetze geordneten Instanzen Platz greifen soll.

Im einzelnen ist noch zu bemerken, daß durch Nr. 1a, 3 erkennbar gemacht wird, daß die in §§ 1, 3 bezeichneten Rücksichten nur im Rahmen des Fluchtliniengesetzes wahrgenommen werden sollen, die Polizei also z. B. nicht außerhalb des Fluchtlinienverfahrens die Anlage von Schmuckplätzen erzwingen kann."

Zu **Artikel 1 I Ziffer 4:** „Die Vorschrift im Abs. 1 des § 1 des Baufluchtengesetzes, wonach aus besonderen Gründen eine von der Straßenfluchtlinie verschiedene, jedoch in der Regel höchstens drei Meter von dieser zurückweichende Baufluchtlinie festgesetzt werden kann, hat sich nicht als zweckmäßig erwiesen. In der Mehrzahl der Fälle sind in den Gemeinden bereits breitere, mindestens drei Meter hinter die Baufluchtlinie zurücktretende Vorgärten festgesetzt worden. Durch die vorgesehene Aenderung des Abs. 4 des § 1 des Gesetzes soll dem in dieser Beziehung hervorgetretenen Bedürfnisse Rechnung getragen werden.

Die Vorschrift des § 12 wegen des den Gemeinden eingeräumten Bauverbots an noch nicht für den Verkehr und den Anbau fertiggestellten Straßen ist in das Fluchtliniengesetz vom 2. Juli 1875 aufgenommen worden, um den Gemeinden den erforderlichen Schutz gegen die ihnen das sogenannte wilde Bauen erwachsenden Nachteile zu sichern. Dabei ist angenommen worden, daß durch die in Abs. 2 des § 12 vorgesehene Bestätigung des Ortsstatuts hinreichende Gewähr dafür gegeben sei, daß den Einwohnern durch das Vorgehen der Gemeindebehörde nicht zu nahe getreten werde (vgl. Drucksachen des Hauses der Abgeordneten 12. Legislaturperiode II. Session 1875, Nr. 279, S. 6). Seit längerer Zeit werden indes Klagen über eine willkürliche und das Maß der berechtigten Gemeindeinteressen überschreitende Handhabung des Verbots in der Richtung laut, daß manche Gemeinden in dem Bestreben, nur besonders steuerkräftige Mieter heranzuziehen, die Herstellung kleiner Wohnungen auf diese Weise absichtlich verhindern oder erschweren. Insbesondere sind wiederholt Fälle bekannt geworden, in denen Gemeinden an den bis auf geringe Lücken fertiggestellten Straßen die Anbauerlaubnis nnr unter der Verpflichtung der Eigentümer erteilt haben, daß auf den Grundstücken ausschließlich große Wohnungen von 6 Zimmern und mehr errichtet würden. Um demgegenüber eine angemessene Befriedigung des Wohnnngsbedürfnisses mehr als bisher sicherzustellen, sieht der Entwurf für den Fall, daß ein solches Bedurfnis besteht, in Artikel 1 I Nr. 4 vor, daß ein Dispens von dem Bauverbot dann zu erteilen ist, wenn der Eigentümer Gewähr dafür bietet, daß dem Bedürfnisse durch den Bau entsprechender, gesunder und zweckmäßig eingerichteter Wohnungen Rechnung getragen wird,

Die in Abs. 2 Satz 1 der Gemeinde auferlegte Verpflichtung erlischt gegenüber denjenigen Eigentümern, welche sich nicht binnen Jahresfrist seit Aufforderung der Gemeinde zur Uebernahme der Grundfläche verpflichten.

Der § 13 Abs. 4 findet bei den Vorschriften dieses Paragraphen gleichfalls Anwendung.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung, wenn eine Straße oder ein Straßenteil vor Inkrafttreten dieser Vorschrift für den öffentlichen Verkehr und den Anbau fertig hergestellt ist.

6. Im § 14 werden in Abs. 1 hinter den Worten „nach § 13" die Worte eingefügt: „und § 13a Abs. 1".

II. Das Gesetz, betreffend die Umlegung von Grundstücken in Frankfurt a. M., vom 28. Juli 1902 (Gesetzsamml. S. 273) und das Gesetz wegen Abänderung des § 13 des vorbenannten Gesetzes vom 8. Juli 1907 (Gesetzsamml. S. 259) werden auf den Umfang der Monarchie sinngemäß ausgedehnt, soweit dies nicht bereits durch besondere Gesetze geschehen ist.

---

und wenn dem Bau an der dafür gewählten Stelle des Weichbildes keine berechtigten Gemeindeinteressen entgegenstehen. Entsprechend der Absicht des Entwurfs, die Wohnungsverhältnisse im allgemeinen, wenn auch unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der minderbemittelten Bevölkerungskreise zu verbessern, soll die Vorschrift für alle Fälle Anwendung finden, in denen ein Bedürfnis nach Wohnungen einer gewissen Art und Größe besteht und diesem Bedürfnisse durch Errichtung von Wohnungen der in Betracht kommenden Art abgeholfen werden soll. Wie die Worte „gesunder und zweckmäßig eingerichteter Wohnungen" indes weiter erkennen lassen, müssen die zu errichtenden Wohnungen den Anforderungen der Gesundheit, insbesondere hinsichtlich ihrer Durchlüftbarkeit, und der Zweckmäßigkeit, namentlich in Beziehung auf Abgeschlossenheit und Zubehör, entsprechen. Für Massenmiethäuser mit Seiten- und Hinterflügeln und dementsprechend nur ungenügend durchlüftbaren Wohnungen soll daher des Dispens vom Bauverbote nicht verlangt werden können. Eine genauere Umgrenzung dessen, was unter berechtigten Gemeindeinteressen zu verstehen ist, läßt sich bei der Vielgestaltigkeit der in Frage kommenden Verhältnisse im Gesetze selbst nicht geben. Vielmehr wird die Entscheidung darüber, ob solche Interessen dem Bau an der gewälten Stelle entgegenstehen, im Streitfalle dem Bezirksausschusse vorbehalten bleiben müssen. Die Fernhaltung von Personen der minderbemittelten Bevölkerungsklassen von dem Gemeindegebiete wird indes als ein berechtigtes Gemeindeinteresse, daß die Versagung des Dispenses zu rechtfertigen geeignet wäre, nicht angesehen werden können, wie anderseits dort, wo die Höhe der Bodenpreise nach die Errichtung von kleineren Häusern gestattet, nach der Absicht des Entwurfs der Dispens dann berechtigterweise würde versagt werden können, wenn der Eigentümer gleichwohl ungerechtfertigt hohe Häuser zu errichten beabsichtigen sollte."

Zu **Artikel 1 II:** „. . . Gleiche und ähnliche Verhältnisse, wie sie zum Erlasse des Umlegungsgesetzes für Frankfurt a. M. vom 28. Juli 1902 (Gesetzsamml. S. 273) und zu seiner Ausdehnung auf die Stadtgemeinden Posen und Cöln sowie die Residenzstadt Wiesbaden geführt haben, liegen auch in vielen anderen Land und Stadtgemeinden, insbesondere im Westen der Monarchie vor.

Nach den angestellten amtlichen Erhebungen und den bisher gemachten Erfahrungen hat der Mangel einer gesetzlichen Handhabe für die zwangsweise Durchführung von Grundstücksumlegungen dazu geführt, daß häufig die Erschließung dringend notwendigen Baugeländes aufgehalten oder selbst verhindert ist. Hierdurch ist in vielen Fällen eine für die Entwicklung aufstrebender Gemeinden unzweckmäßige, in einzelnen Fällen sogar eine vom gesundheitlichen Standpunkt aus bedenkliche Bebauung entstanden. Auch hat die bei dem vorhandenen Baubedürfnisse naturgemäß einsetzende Spekulation vielfach in ungünstiger Weise auf die Bodenpreise eingewirkt, was nicht ohne Rückwirkung auf die Höhe der Mieten geblieben ist.

Artikel 2.

Baupolizeiliche Vorschriften.

§ 1. Durch die Bauordnungen kann insbesondere geregelt werden:

1) die Abstufung der baulichen Ausnutzbarkeit der Grundstücke,

2) die Ausscheidung besonderer Ortsteile, Straßen und Plätze, für welche die Errichtung von Anlagen nicht zugelassen ist, die beim Betriebe durch Verbreitung übler Dünste, durch starken Rauch oder ungewöhnliches Geräusch

---

Es erscheint daher dringend erwünscht, die bislang fehlende Möglichkeit eines zwangsweisen Vorgehens zur Herbeiführung von Grundstücksumlegungen für den gesamten Umfang des Staates zu schaffen."

Zu **Artikel 2** heißt es im allgemeinen: „Die durch Artikel 2 § 1 der Regelung durch die Bauordnung überwiesenen Gebiete sind schon bisher vielfach zum Gegenstande polizeilicher Vorschriften gemacht worden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle besteht auch kein Zweifel darüber, daß die einschlägigen Polizeiverordnungen in den gesetzlichen Bestimmungen über die Aufgaben der Polizei (vergl. § 10 A. L. R. II. 17) ihre ausreichende Rechtsgrundlage finden, allein in manchen Punkten und in manchen Anwendungsfällen haben sich doch Zweifel ergeben, ob die getroffenen Anordnungen nicht die Zuständigkeit der Polizeibehörden überschreiten. Um diese Zweifel zu beseitigen, erscheint es notwendig, eine allgemeine Vorschrift zu treffen, wie sie Artikel 2, § 1 enthält. Der Ausdruck „Bauordnungen" entspricht der im Artikel 3 gebrauchten abgekürzten Bezeichnung „Wohnungsordnungen". Sowohl die Bauordnungen als auch die Wohnungsordnungen sind als Polizeiverordnungen unter den für diese gegebenen Vorschriften zu erlassen."

Zu **Artikel 2 § 1 Abs. 1:** „Als ein besonders wirksames Mittel, um die Bodenpreise dauernd in angemessenen Grenzen zu halten, haben sich baupolizeiliche Beschränkungen der Ausnutzbarkeit des Grund und Bodens hinsichtlich der bebaubaren Fläche und der Stockwerkzahl erwiesen. Bei entwickelter Boden- und Bauspekulation werden die Bodenpreise, abgesehen von dem Einflusse der Lage und der besonderen Verwendbarkeit des Grundstücks für bestimmte Zwecke, in erster Linie durch die nach den bestehenden Baunormen zugelassene Ausnutzbarkeit bestimmt. Beschränkungen der gedachten Art fördern zugleich die weiträumige flache Bauweise, die im gesundheitlichen Interesse besonders wünschenswert erscheint. Gegenwärtig lassen zahlreiche Bauordnungen noch eine die örtlichen Verhältnisse nicht gerechtfertigte Höhe der Gebäude und eine weitgehende Bebaubarkeit der Grundstücke hinsichtlich der Fläche auch in dem Stadterweiterungsgebiete zu, wo die Höhe der Bodenpreise noch nicht zu einer stärkeren Ausnutzung des Grund und Bodens nötigt. Demgegenüber wird mehr als bisher durch Abstufung der Bauvorschriften für das Stadtinnere, die Außenbezirke und die Umgebung der schnell wachsenden Gemeinden Vorsorge dafür zu treffen sein, daß nicht die hohen Bodenpreise aus dem Stadinnern auf die neuen Stadtteile übertragen werden. Auf diese Weise wird die erforderliche Ergänzung zu den Verkehrserleichterungen nach den Außenbezirken geschaffen und die Möglichkeit gewahrt, mit der Herstellung billiger Kleinwohnungen auch das in gesundheitlicher wie sozialer Hinsicht zu fördernde kleine Wohnhaus und Einzelhaus in der Bauordnung zu berücksichtigen. Die örtliche Abstufung der Bauvorschriften erfolgt in manchen Fällen zweckmäßig auch nach einzelnen Straßen und Plätzen. Auch in dieser Beziehung soll der Entwurf eine einwandfreie Rechtsgrundlage schaffen. Zugleich bietet die Nr. 1 die rechtlich zweifelsfreie Handhabe zum Erlasse von Vorschriften über die Einhaltung seitlicher Mindestabstände bei den Gebäuden (Bauwich). Die Abstufung der Bauvorschriften nach Gebäudegattungen ist schon nach dem bestehenden Rechte zulässig."

Zu **Artikel 2 § 1 Abs. 2:** „Die Ausscheidung besonderer Wohnviertel, -straßen und -plätze und die Anordnung, daß für diese die Errichtung von Anlagen aller Art nicht zugelassen ist, die beim Betriebe durch Verbreitung übeler Dünste, durch starken Rauch oder ungewöhnliches Geräusch Gefahren, Nachteile oder Belästigungen für die Nachbarschaft oder das Publikum überhaupt herbeizuführen geeignet sind, hat sich vielfach als wünschenswert im Interesse eines den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege Rechnung

Gefahren, Nachteile oder Belästigungen für die Nachbarschaft oder das Publikum überhaupt herbeizuführen geeignet sind,

3) der Verputz und Anstrich oder die Ausfugung der vornehmlich Wohnzwecken dienenden Gebäude und aller an Straßen und Plätzen liegenden Bauten.

§ 2. Sofern die bauliche Entwicklung es erfordert, sollen die Bauordnungen für die Ausführung der Wohngebäude, besonders hinsichtlich der Standfestigkeit und der Feuersicherheit, unterschiedliche Vorschriften geben, je nachdem sich diese auf Gebäude größeren oder geringeren Umfanges beziehen.

---

tragenden Ausbaues der Städte erwiesen. Solche Vorschriften, die zugleich auf die wünschenswerte Dezentralisation der Industrie hinzuwirken geeignet sind, finden nach § 23 Abs. 3 der Gewerbeordnung in der Fassung vom 26. Juli 1900 (Reichsgesetzbl. S. 871) auch auf Anlagen der im § 16 des Gesetzes erwähnten Art Anwendung. Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind Polizeiverordnungen der bezeichneten Art unzulässig, soweit sie über die Abwendung von Gefahren hinaus einen Schutz gegen Nachteile oder Belästigungen bezwecken und dabei nicht von der Rücksicht auf die Leichtigkeit des Verkehrs auf öffentlichen Wegen, Straßen, Plätzen usw. geleitet sind (Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 41, S. 312, Bd. 43, S. 376; Preußisches Verwaltungsblatt, 25. Jahrg., 1904, S. 131; Johow, Jahrbuch für Entscheidungen des Kammergerichts, Bd. 23c, S. 13)".

Zu **Artikel 2 § 1 Abs. 3:** „Ob Polizeiverordnungen, die den Verputz, Anstrich oder die Ausfugung von Bauten verlangen, rechtsgültig sind, erscheint nicht unbedingt zweifelsfrei. Bei dem das Straßenbild verunstaltenden Gebrauch, im Rohbau vollendete Häuser jahrelang unausgefugt stehen zu lassen, der namentlich in den westlichen Provinzen eingerissen ist, erscheint es, auch abgesehen von dem gesundheitlichen Interesse, daher wünschenswert, für ein Vorgehen nach dieser Richtung die erforderliche gesetzliche Grundlage zu schaffen. Nach der Bestimmung in Artikel 2 § 1 Nr. 3 soll auch die Art des Verputzes, namentlich auch die freistehenden Giebelwände vorgeschrieben werden können. Wie der Ausdruck „vornehmlich Wohnzwecken dienenden Gebäude" ergibt, soll sich die Befugnis, allgemein und ohne Rücksicht auf die Lage an Straßen und Plätzen den Verputz, Anstrich oder die Ausfugung zu regeln, nicht auf Wohngebäude in der weiten Fassung des Begriffs beziehen, die — wie große Fabrikgebäude — wesentlich gewerblichen Zwecken dienen, sofern darin überhaupt nur ein oder mehrere Räume zum Wohnen — z. B. eines Pförtners — bestimmt sind. Hier sind nur diejenigen Gebäude gemeint, welche ganz oder überwiegend oder doch zu einem erheblichen Teile zu Wohnzwecken dienen, also eigentliche Wohngebäude. Dagegen begreift der Ausdruck „aller an Straßen und Plätzen liegenden Bauten" die Bauten im weitesten Sinne des Wortes."

Zu **Artikel 2 § 2 Abs. 1:** „Die Entwicklung in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts hat dazu geführt, daß zur Verhütung unsoliden Bauens gesteigerte Anforderungen namentlich hinsichtlich der Standfestigkeit und Feuersicherheit in die Bauordnungen aufgenommen worden sind, die für jede Bauform ausreichen sollten und deshalb auf die größten Gebäude berechnet waren. Diese Aufstellung allgemein gleichartiger Anforderungen hat sich insofern als unerwünscht erwiesen, als dadurch eine ungerechtfertigte Verteuerung und damit eine Zurückdrängung der kleinen Bauformen bewirkt worden ist. Wenngleich im Verwaltungswege, insbesondere durch die im allgemeinen Teile der Begründung angezogenen Erlasse des Ministers der öffentlichen Arbeiten, wiederholt nachdrücklich auf eine angemessene Umgestaltung der einschlägigen baupolizeilichen Vorschriften hingewirkt worden ist, wollen doch die Klagen über ungerechtfertigte Belastung der kleineren Wohngebäude durch die Vorschriften der bestehenden Bauordnungen namentlich hinsichtlich der Brandmauern, Treppen, Innenmauern und dergleichen nicht verstummen. Bei der Bedeutung der Angelegenheit für eine gesundheitlich und sozial befriedigende Gestaltung des Wohnungswesens soll deshalb in Artikel 2 § 2 Abs. 1 die Anpassung der Bauordnungen an die verschiedenen

Geben Bauordnungen für größere Bezirke gleichzeitig Bestimmungen für größere und kleinere Gemeinden, so sollen sie hinsichtlich der Höhe der Gebäude und der Geschoßzahl unterschiedliche Bestimmungen treffen, welche die besonderen Verhältnisse der Gemeinden berücksichtigen.

§ 3. Sofern die Verhältnisse es erfordern, sollen durch Polizeiverordnung für die Herstellung und Unterhaltung der Ortsstraßen abgestufte Vorschriften je nach deren Bestimmung (Verkehrsstraßen, Wohnstraßen) gegeben werden.

Artikel 3.

Benutzung der Gebäude.

I. Allgemeine Vorschriften über die Benutzung der Gebäude zum Wohnen und Schlafen (Wohnungsordnungen).

§ 1. Für Gemeinden und Gutsbezirke können im Wege der Polizeiverordnung allgemeine Vorschriften über die Benutzung der Gebäude zum Wohnen

---

Gebäudegattungen, wo es die bauliche Entwicklung erfordert, durch gesetzliche Vorschrift sichergestellt werden."

Zu **Artikel 2 § 2 Abs. 2:** „Manche für größere Bezirke erlassenen Bauordnungen, die gleichzeitig Bestimmungen für größere und für kleinere Gemeinden geben, lassen heute noch in den letzteren eine durch den Stand der Bodenpreise nicht gerechtfertigte Höhe und Stockwerkszahl der Wohngebäude zu. Sie erweisen sich damit für die Bestrebungen in anderen größeren Gemeinden, die baupolizeilich zugelassene Höhe und Stockwerkszahl im Interesse einer gesundheitlich und sozial besseren Bauweise herabzusetzen, als hinderlich, da die solchen Aenderungen ohnehin entgegenstehenden Widerstände durch den Hinweis auf das in den kleineren Gemeinden gestattete Maß der baulichen Ausnutzung eine unerwünschte Verstärkung erfahren. Auch in dieser Beziehung soll durch eine gesetzliche Vorschrift, wie sie Artikel 2 § 2 Abs. 2 vorsieht, die Abhilfe sichergestellt werden."

Zu **Artikel 2 § 3:** „Damit die nach Artikel 1 I Nr. 2 erstrebte Straßenscheidung in ihrem Zweck erreicht und für die Wohnstraßen eine billigere Herstellung gewährleistet wird, sieht § 3 des Artikel 2 vor, daß dort, wo eine Scheidung zwischen Verkehrs- und Wohnstraßen eintritt, durch Polizeiverordnung abgestufte Vorschriften für die Herstellung und Unterhaltung der Ortsstraßen je nach ihrer Bestimmung erlassen werden sollen. Ohne eine solche Bestimmung würde die Errichtung kleinerer billigerer Häuser überall dort verhindert werden, wo für die Straßen allgemein ein kostspieliger Straßenbau vorgeschrieben ist und, wie namentlich in manchen Gemeindevertretungen in den Vororten größerer Stätte, eine Abneigung gegen einfache Wohnstraßen besteht."

Zu **Artikel 3** im allgemeinen: „Von wesentlichem Einfluß auf die Beseitigung der Mißstände im Wohnwesen und auf eine nachhaltige Besserung der Wohnungsverhältnisse sind Maßnahmen, wodurch die Benutzung der bestehenden und der gemäß den baupoizeilichen Bestimmungen neuherzustellenden Gebäude geregelt wird. In Frage kommt sowohl eine Regelung, welche die dauernde Benutzung der Räume gemäß der ursprünglichen, der baupolizeilichen Genehmigung zugrunde liegenden Zweckbestimmung sichert, als auch eine Regelung der Art der Benutzung in solchen Fällen, in welchen die Benutzung den baupolizeilich festgestellten Zweckbestimmungen entspricht. Fast mehr noch als in der unmittelbaren Wirkung beruht die Bedeutung solcher Vorschriften darin, daß durch sie erst ein nachhaltiger Anreiz auf die private Bautätigkeit ausgeübt wird, mehr als bisher kleine und gesunde Wohnungen für das Bedürfnis der minderbemittelten Bevölkerungsschichten herzustellen. Gegenwärtig rückt die Bevölkerung bei der erfahrungsmäßig obwaltenden Neigung der niederen Kreise, in erster Linie an der Wohnung zu sparen, beim Anwachsen der Städte und Industrieorte immer enger in den vorhandenen Gebäuden zusammen. Dabei werden in zunehmendem Maße die ursprünglich für eine Familie hergestellten Wohnungen ohne Rücksicht auf die im gesundheitlichen, sittlichen und sozialen Interesse wünschenswerte Trennung der einzelnen Familien an mehrere Parteien untergeteilt, zum dauernden Aufenthalte von

und Schlafen erlassen werden (Wohnungsordnungen).

Für Gemeinden und Gutsbezirke mit mehr als 10000 Einwohnern sind solche Wohnungsordnungen zu erlassen.

Ist in Gemeinden, für die von Ortspolizeibehörden Wohnungsordnungen erlassen werden sollen, die Polizei unter mehrere Behörden geteilt, so ist die zuständige Behörde durch den Minister des Innern zu bestimmen. Unberührt

---

Menschen ungeeignete Räume zum Wohnen in Benutzung genommen und fremde, nicht zur Familie gehörige Personen als Zimmermieter, Einlieger und Schlafgänger aufgenommen. Durch Aufstellung bestimmter Normen über Beschaffenheit und Größe der Wohnungen wird dieser unerwünschten Entwicklung ein Ziel gesetzt und damit erst eine sichere Grundlage für die Bauunternehmung hinsichtlich des Bedarfs an kleinenen guten Wohnungrn, gegeben. Wie zwingende Vorschriften auf anderen Gebieten, so werden sich auch diese Vorschriften allmählich in Sitte und Gewohnheit verwandeln und damit nicht nur an Schärfe verlieren, sondern auch durch Erziehung weiterer Volkskreise zu einem höheren Wohnbedürfnisse den Besitz von Häusern und Häusern mit kleinen Wohnungen beliebter als bisher machen und dadurch gleichfalls den Bauunternehmern einen Antrieb zur Herstellung solcher Häuser geben.

Während der Erlaß von Vorschriften über die Wohnungsbenutzung für die kleineren Orte in das Ermessen der zuständigen Behörden gestellt wird, sollen nach § 1 Abs. 2 des Artikel 3 I solche Bestimmungeu für die größeren Orte mit mehr als 10000 Einwohnern mit Rücksicht darauf allgemein erlassen werden, daß, wie im allgemeinen Teile der Begründung näher dargelegt ist, in diesen Orten eine den allgemeinen staatlichen Durchschnitt erheblich übersteigende Bevölkerungsvermehrung stattfindet. Auch wo in den Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern die Wohnungsverhältnisse zurzeit noch günstig liegen, besteht daher die Gefahr, daß sich mit der Zeit Mißstände herausbilden. Vorschriften der in Rede stehenden Art sind bereits in einzelnen Regierungsbezirken und Gemeinden im Wege der Polizeiverordnung erlassen. Sie haben sich als durchführbar und erfolgreich für die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse erwiesen. Insbesondere wird erst durch genauere Festsetzung der an eine Wohnung zu stellenden Anforderungen den unteren ausführenden Organen der wünschenswerte Anhalt für die Beurteilung der Frage gegeben, ob eine Wohnung noch als ausreichend zu erachten ist oder nicht.

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Wohnungspolizeiverordnungen wird den örtlichen Wohnungsverhältnissen, insbesondere der fortschreitenden Neuherstellung kleiner Wohnnugen angepaßt werden können, wie sie von dem Zusammenwirken aller nach dieser Richtung hin erfolgversprechenden Maßnahmen erwartet werden darf. Auch werden die einzelnen Vorschriften der Wohnungsordnungen, je nach Lage der Verhältnisse, zu verschiedenen Zeitpunkten in Kraft gesetzt werden können. Erforderlich erscheint dabei, daß die Wohnungsordnungen, wenn auch ihr Inkrafttreten hinausgeschoben wird, tunlichst bald erlassen werden, damit die Bauunternehmer über den beim Bau neuer Kleinwohnungen zu erzielenden Nutzen Klarheit gewinnen. In dieser Beziehung sieht § 3 Abs. 2 des Artikels 5 das Erforderliche vor. Bis zum Inkrafttreten der Wohnungsordnung werden die Gemeindebehörden zweckmäßig von Zeit zu Zeit das Bedürfnis an solchen Wohnungen zu ermitteln und bekanntzugeben haben.

Ob die in Frage kommenden Vorschriften in allen Beziehungen in dem geltendem Polizeirecht eine hinreichend sichere Grundlage finden, erscheint gegenüber der bisherigen Rechtsprechung nicht zweifelsfrei. Insbesondere gilt dies von Vorschriften, durch die im gesundheitlichen, sittlichen und sozialen Interesse eine gewisse Trennung der Familien vorgeschrieben wird, sowie hinsichtlich der Beschaffenheit, Einrichtung, Ausstattung oder Unterhaltung der Wohn- und Schlafräume gewisse Anforderungen gestellt werden, und von denjenigen Vorschriften, welche zur Durchführung der getroffenen Bestimmungen den Beteiligten hinsichtlich der erforderlichen Anzeigen, Aushänge und dergleichen Verpflichtungen auferlegen. Durch Artikel 3 I soll daher außer Zweifel gestellt werden, daß Bestimmungen, wie sie die §§ 2, 3 vorgesehen, auch soweit sie in das Gebiet der sogenannten Wohlfahrtspolizei fallen und

bleibt die Vorschrift in § 78 Abs. 2 der hannoverschen revidierten Städteordnung vom 24. Juni 1858 (Gesetzsamml. für das Königreich Hannover S. 141).

§ 2. Durch die Wohnungsordnungen kann vorgeschrieben werden, daß als Wohn- oder Schlafräume (auch Küchen) nur solche Räume benutzt werden dürfen, welche zum dauernden Aufenthalte von Menschen baupolizeilich genehmigt sind.

---

nicht nur den Schutz gegen drohende, auf keine andere Weise zu beseitigende Gefahren bezwecken, im Wege der Polizeiverordnung erlassen werden können ....

Die erheblichen Mißstände, die bei der Unterbringung von Arbeitern, namentlich von solchen, welche in Ziegeleien, Zuckerfabriken und ähnlichen Betrieben, bei Bauten oder in der Landwirtschaft beschäftigt werden, hervorgetreten sind, haben schon seit längerer Zeit den Erlaß von Polizeiverordnungen erforderlich gemacht, wodurch im Interesse der Gesundheit und Sittlichkeit bestimmte Anforderungen hinsichtlich der Art der Unterbringung, insbesondere hinsichtlich der Beschaffenheit, Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung der den Arbeitern zu gewährenden Wohn-, Speise- und Schlafräume sowie der Aborte und des sonstigen Zubehörs, festgesetzt und die zur Durchführung der Bestimmungen erforderlichen Vorschriften — Aushänge und dergleichen — vorgesehen werden. Nachdem neuerdings zweifelhaft geworden ist, ob diese Vorschriften in allen Beziehungen rechtlich zulässig sind, erscheint es geboten, durch das Gesetz auch hier außer Zweifel zu stellen, daß Vorschriften der bezeichneten Art, auch soweit sie in gesundheitlicher Beziehung über den Schutz der menschlichen Gesundheit gegen drohende, anders nicht zu beseitigende Gefahren hinausgehen, im Wege der Polizeiverordnung erlassen werden können. Die §§ 120a ff. der Reichsgewerbeordnung bieten zu einem Einschreiten gegen die Schlaf- und sonstigen Aufenthaltsräume der Arbeiter nur insoweit eine Handhabe, als diese, wie beispielsweise die Schlafräume der Nachtwachen in Fabriken und der Brenner am Ringofen, dem Betriebe selbst dienen und gewissermaßen selbst Betriebsräume sind."

Zu **Artikel 3 § 1:** „Mit Rücksicht darauf, daß manche Gutsbezirke nach ihrer Einwohnerzahl den Landgemeinden und kleineren Städten hinsichtlich der hier zu regelnden Verhältnisse gleichstehen, sind neben den Gemeinden auch die Gutsbezirke aufgeführt. Wegen des Ausdrucks „Wohnungsordnungen" wird auf die Ausführungen zu Artikel 2 verwiesen. Die Wohnungsordnungen beziehen sich nur auf die Benutzung der Gebäude zum Wohnen und Schlafen von Menschen; Arbeitsräume und ähnliche Räume, die ihrer Bestimmung nach nicht zum Wohnen und Schlafen dienen sollen, werden von der Vorschrift im § 1 nicht mitbetroffen. Die etwa hinsichtlich der Arbeitsräume erforderlichen Bestimmungen werden, soweit es sich um gewerbliche Betriebe handelt, auf Grund der §§ 120a ff. der Reichsgewerbeordnung zu treffen sein. Wie die Fassung in §§ 2, 3 ergibt, sollen Küchen in allen Fällen zu den Wohn- und Schlafräumen im Sinne des Entwurfs gerechnet werden, da sie namentlich in den kleineren Wohnungen erfahrungsgemäß regelmäßig zum Wohnen, vielfach auch zum Schlafen benutzt werden."

Zu **Artikel 3 § 2:** „Die Sicherung der baupolizeilichen Zweckbestimmung bei der Benutzung der Gebäude stellt eine alte sozialpolitische Forderung auf dem Gebiete des Wohnungswesens dar. Die Vorschrift bildet die Ergänzung der baupolizeilichen Genehmigung und erscheint insofern wichtig, als dadurch die Entscheidung der Fragen, inwieweit Keller- und Dachwohnungen und die Benutzung von Fluren und Korridoren zu Wohn- und Schlafzwecken zulässig sein sollen, und welche Höhe und welches Maß von Licht- und Luftzuführung Wohn- und Schlafräume haben müssen, grundsätzlich den örtlichen Baupolizeibehörden überlassen wird. Als Richtschnur würden die Bauordnungen zu dienen haben, die nahezu sämtlich über die zum dauernden Aufenthalte von Menschen bestimmten Räume enthalten. Soweit letzteres etwa nicht der Fall ist, würden die Bauordnungen bei Aufnahme der Vorschrift in die Wohnungsordnung entsprechend zu ergänzen sein. Es handelt sich hierbei namentlich um Vorschriften hinsichtlich der Trennung vom Erdboden sowie von Aborten und anderen Aufnahmestätten für fäulnisfähige Stoffe, hinsichtlich der lichten Höhe, der Zahl und Größe der Fenster sowie hinsichtlich der Be-

§ 3. Die Wohnungsordnungen können ferner insbesondere Vorschriften treffen über:

1) eine den gesundheitlichen Anforderungen entsprechende bauliche Beschaffenheit und Instandhaltung der Wohn- und Schlafräume (auch Küchen),

2) eine den Anforderungen des Familiebenlebens entsprechende Trennung der von verschiedenen Haushaltungen benutzten Wohn- und Schlafräume (auch Küchen) voneinander,

3) die Zahl und die Beschaffenheit der erforderlichen Kochstellen, Aborte, Wasserentnahmestellen und Ausgüsse,

4) die im gesundheitlichen und sittlichen Interesse zulässige Belegung der Wohn- und Schlafräume (auch Küchen),

---

schaffenheit von Keller- nnd Dachräumen. Zur Verhütung von Zweifeln darüber, ob Räume zu dem angegebenen Zwecke genehmigt sind, würde in der Baupolizeiordnung, soweit dies nicht bereits geschehen ist, für die Zukunft vorzusehen sein, daß in der Bauzeichnung stets die Zweckbestimmung jedes Raumes angegeben werden muß. Eine Genehmigung zum dauernden Aufenthalte von Menschen liegt auch dann vor, wenn die Räume nach dem Wortlaute der Baugenehmigung etwa ausdrücklich als „Wohnräume" oder als „Schlafräume" genehmigt worden sind. Sind in einer Baupolizeiordnung Vorschriften über die Beschaffenheit der Wohn- und Schlafräume und daneben besondere Bestimmungen über diejenigen Räume gegeben, welche im übrigen zum dauernden Aufenthalte von Menschen dienen sollen, so wird daran durch eine Vorschrift gemäß § 2 nichts geändert, insbesondere nicht etwa ein Bewohnen der nur zum sonstigen Aufenthalte bestimmten Räume gestattet."

Zu **Artikel 8 § 3:** „Durch Vorschriften der hier bezeichneten Art werden gewisse Untergrenzen für die Größe und sonstige Beschaffenheit der Wohnungen gezogen, insbesondere wird dadurch dem heute unbeschränkt zulässigen Unterteilen der ursprünglich für eine Familie bestimmten Wohnungen mit seinen verderblichen Wirken für das Familienleben und die Gesundheit und Sittlichkeit der Bewohner sowie der unbeschränkten Aufnahme fremder, nicht zur Familie gehöriger Personen in die Haushaltungen entgegengetreten. Auch hier wie hinsichtlich § 2 bleibt es nach dem Gesetzentwurfe dem pflichtmäßigen Ermessen der zuständigen Behörden überlassen, welche Vorschriften im einzelnen in die Wohnungsordnung aufgenommen werden sollen."

Zu den einzelnen Nummern des § 3 wird noch folgendes bemerkt:

Zu Nr. 1: „Hiernach wird insbesondere auch gefordert werden können, daß Dach und Fenster dicht sind, so daß dem Eindringen der Feuchtigkeit von außen gewehrt ist, und daß die Tapeten nicht zerrissen sind und sich nicht von den Wänden loslösen."

Zu Nr. 2: „Hiernach wird vorgeschrieben werden können, daß die einzelnen Wohnungen einen durch keine fremde Wohn- oder Schlafräume oder Küchen führenden verschließbaren Zugang haben, und daß die Räume von innen verschließbar sein müssen."

Zu Nr. 3: „Die Forderung einer den ortsüblichen Ansprüchen entsprechenden eigenen Kochstelle für jede Familienwohnung erscheint überall durchführbar. Die tunlichste Sonderung der Ausgüsse und Wasserhähne dort, wo in den Gebäuden Kanalisation und Wasserleitung vorhanden ist, erscheint, abgesehen von gesundheitspolizeilichen Gründen, die namentlich im Interesse der Bekämpfung der typhösen Krankheiten die Beschränkung der gemeinschaftlichen Benutzung von Ausgüssen ratsam machen, mit Rücksicht auf die Erfahrung erwünscht, daß gemeinschaftliche Einrichtungen in dieser Beziehung die Unreinlichkeit befördern und leicht die Quelle von Streitigkeiten zwischen den Wohnparteien bilden. Aehnlich liegen die Verhältnisse hinsichtlich der gemeinschaftlichen Benutzung von Aborten, die heute vielfach in so ausgedehntem Maße stcttfindet, daß nicht selten zahlreiche Familien auf denselben Abort angewiesen sind."

Zu Nr. 4: „Die Vorschrift begreift Bestimmungen über das erforderliche Mindestmaß an Luftraum und Bodenfläche und über die zulässige

5) die Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung der von Dienst- oder Arbeitgebern ihren Dienstboten oder Gewerbegehilfen (Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen) zugewiesenen Schlafräume,

6) die Bedingungen, unter denen die Aufnahme nicht zur Familie gehöriger Personen gegen Entgelt als Zimmervermieter (Zimmerherren, Chambregarnisten), Einlegern (Einlogierer, Miet-, Kost- und Quartiergänger) oder Schlafgänger (Schläfer, Schlafleute, Schlafsteller, Schlafgäste, Schlafburschen und -mädchen) statthaft ist,

7) die zur Durchführung der getroffenen Bestimmungen den Beteiligten namentlich hinsichtlich der Anzeigen, Aushänge usw. obliegenden Verpflichtungen.

II. Besondere Vorschriften über die Unterbringung von Arbeitern.

§ 4. Durch Polizeiverordnungen, durch welche die Unterbringung von Arbeitern geregelt wird, können Mindestanforderungen hinsichtlich der Beschaffenheit, Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung der Unterkunftsräume und ihres Zubehörs festgesetzt sowie die zur Durchführung der Bestimmungen erforderlichen Vorschriften, insbesondere hinsichtlich der Anzeigen, Aushänge usw. vorgesehen werden.

Bewohnerzahl, die sowohl für den einzelnen Raum, als auch mit Beziehung auf die Gesamtheit der Wohnung getroffen werden können."

Zu Nr. 5: „Bestimmungen dieser Art erscheinen um deswillen besonders angezeigt, weil eine sehr große Zahl von Personen beim Dienst- oder Arbeitgeber wohnt und sich, wie auch die Erhebungen der Kommission für Arbeiterstatistik hinsichtlich der Bäckereiarbeiter und der Gast- und Schankwirtschaftsangestellten sowie die Jahresberichte der Königlich preußischen Regierungs- und Gewerberäte ergeben haben, in der Unterbringung dieser Personen vielfach erhebliche Mißstände finden. In manchen Fällen hat das Fehlen einer Regelung der Wohnungsverhältnisse der beim Arbeitgeber untergebrachten Gewerbegehilfen bereits Anlaß oder Vorwand zu Streiks gebildet. Der Ausdruck Dienstboten und Gewerbegehilfen umfaßt die männlichen wie die weiblichen Personen. Zu den Gewerbegehilfen im Sinne dieser Vorschrift gehören auch die Handlungsgehilfen. Die erforderlichen Vorschriften über das zu gewährende Mindestmaß an Luftraum und Bodenfläche werden nach Nr. 4 getroffen werden können."

Zu Nr. 6: „Bei den erheblichen Gefahren, mit denen nach den bisherigen Erfahrungen namentlich die Aufnahme von Einliegern und Schlafgängern für die Wohnungsgeber wie für die von ihnen aufgenommenen Personen verbunden ist, wird auf eine polizeiliche Regelung der Bedingungen, unter denen die Aufnahme gestattet ist, besonderes Gewicht zu legen sein. Durch die Vorschrift in Nr. 6 soll auch hier für die Regelung, wie sie bereits vielfach erfolgt ist, eine einwandsfreie Grundlage geschaffen werden. In Betracht kommen Vorschriften namentlich nach der Richtung, daß

1) die nicht zur Familie gehörigen fremden Prersonen der Regel nach getrennt von dem Wohnungsgeber und seinen Familenangehörigen schlafen müssen,
2) die zur Unterbringung der fremden Personen benutzten Schlafräume und die dem Wohnungsgeber für sich und seine Famillenangehörigen verbleibenden Räume bestimmten Mindestanforderungen, insbesondere hinsichtlich der Größe, die Schlafräume der Einlieger und Schlafgänger auch hinsichtlich der Einrichtung, Ausstattung und Unterhaltung genügen müssen, und daß
3) die Einlieger und Schlafgänger in der Regel getrennt nach den Geschlechtern schlafen müssen.

Da auch durch das Abvermieten möblierter Zimmer vielfach der dem Vermieter und seiner Familie verbleibende Raum unzulässig beschränkt wird und erfahrungsmäßig ein großer Teil der bessergestellten industriellen

Artikel 4.
Wohnungsaufsicht.
I. Oertliche Wohnungsaufsicht.

§ 1. Die Aufsicht über das Wohnungswesen liegt, unbeschadet der allgemeinen gesetzlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörden, dem Gemeindevorstand ob. Er hat sich von den Zuständen im Wohnungswesen fortlaufend Kenntnis zu verschaffen, auf die Fernhaltung und Beseitigung von Mißständen sowie auf die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, namentlich der Minder-

---

Arbeiter als Zimmermieter zu zweien oder mehreren in einem Zimmer wohnt, indem dann häufig Nachts noch jüngere Familienangehörige des Wohnungsgebers untergebracht werden, so rechtfertigt es sich, auch für solche Verhältnisse eine polizeiliche Regelung gesetzlich außer Zweifel zu stellen. Während dem Zimmermieter das Verfügungsrecht über den von ihm gemieteten Raum zusteht, ist der Einlieger nur zur Mitbenutzung des Raumes, und zwar, im Gegensatze zum Schlafgänger, dem das Mitbenutzungsrecht in der Regel für die Nachtzeit eingeräumt wird, sowohl bei Tage, als auch bei Nacht berechtigt. Wo sich wegen der erwähnten Art der Unterbringung der gewerblichen Arbeiter erheblichere Schwierigkeiten ergeben, die Grenze zwischen Zimmermietern und Einliegern richtig zu ziehen, wird durch die Wohnungsordnung die Regelung zweckmäßig auch auf das Abvermieten möblierter Zimmer zu erstrecken sein. Der Ausdruck „Zimmermieter, Einlieger, Schlafgänger" begreift die männlichen wie die weiblichen Personen. In den Klammern sind die sonst üblichen Ausdrücke für jede der drei Arten hinzugefügt."

Zu Nr. 7: „Zu den Vorschriften, welche zur Durchführung der Bestimmungen der Wohnungsordnungen erforderlich sind, gehören neben der Regelung der Meldepflicht namentlich solche über die Anbringung von Aushängen über die für den Raum zulässige Personenzahl. Hinsichtlich der Strafbestimmungen gegen Zuwiderhandlungen sind die §§ 137 ff. des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Gesetzsamml. S. 195 ff.) maßgebend."

Zu **Artikel** 4 im allgemeinen: „Voraussetzung für die Herbeiführung befriedigender Zustände im Wohnwesen namentlich der minderbemittelten Bevölkerungskreise ist eine fortlaufende Beaufsichtigung der Wohnungsverhältnisse in den einzelnen Gemeinden. Sie gewährt besser als eine einmalige Untersuchung Einblick in die sich stets wieder erneuernden Uebelstände. Gegenwärtig sind, wie wiederholt festgestellt worden ist, die tatsächlichen Zustände den Gemeindebehörden vielfach nicht hinreichend bekannt, so daß sich selbst Mißstände ernstester Art lange Zeit hindurch der erforderlichen Beobachtung und Abhilfe entziehen. Die Fürsorge für eine dem Allgemeininteresse entsprechende Gestaltung der Wohnungsverhältnisse innerhalb des Gemeindebezirks liegt in erster Linie den Gemeinden ob. Durch Artikel 4, § 1 sollen daher auch, unbeschadet der allgemeingesetzlichen Befugnisse der Ortspolizeibehörden, die Gemeindevorstände zur fortlaufenden Aufsicht über das Wohnungswesen verpflichtet werden. Dabei soll ihnen, soweit nach Artikel 3 I allgemeine polizeiliche Vorschriften über die Benutzung der Gebäude und Wohnungen erlassen worden sind, mit dem gleichen Vorbehalt auch die Aufsicht über die Befolgung der Bestimmungen der Wohnungsordnung übertragen werden. Diese in erster Reihe in die Hand der Polizeibehörden zu legen, erscheint bei dem erforderlichen Eindringen in die häuslichen Verhältnisse sowie namentlich auch mit Rücksicht darauf weniger angezeigt, daß bei Durchführung der Wohnungsordnungen, der Natur der Sache entsprechend, die polizeiliche Seite soweit irgend tunlich zurückzustellen und in erster Linie anregend, beratend und mahnend und nur dem bösen Willen gegenüber mit Zwang vorzugehen sein wird. Ferner kommt in Betracht, daß bei weitgehender Beteiligung der Gemeinden an der Klarstellung der herrschenden Wohnungsverhältnisse eine besonders lebendige Anteilnahme der Gemeindeverwaltungen an der Abstellung der hierbei ermittelten Misstände erwartet werden darf, und daß auch auf eine zweckentsprechende Mitwirkung ehrenamtlicher Kräfte Gewicht zu legen sein wird. Die genauere Abgrenzung der Tätigkeit der Gemeindevorstände und der Ortspolizeibehörden

bemittelten, hinzuwirken und die Befolgung der Vorschriften der Wohnungsordnung zu überwachen.

Für Gemeinden mit mehr als 100 000 Einwohnern ist zur Durchführung der Wohnungsaufsicht ein Wohnungsamt zu errichten, das mit dem erforderlichen in geeigneter Weise vorgebildeten Personal, insbesondere mit einer genügenden Anzahl beamteter Wohnungsaufseher, besetzt sein muß; dem Wohnungsamt können auch ehrenamtlich tätige Personen als Mitglieder angehören. Für kleinere Gemeinden kann durch Anordnung der Aufsichtsbehörde die Errichtung eines den vorstehenden Bestimmungen entsprechenden Wohnungs-

---

auf dem in Frage kommenden Gebiete wird zweckmäßig einer besonderen Anweisung vorzubehalten sein, wodurch das Eingreifen der Polizeibehörden in Sachen der örtlichen Wohnungsaufsicht geregelt wird. In ähnlicher Weise, wie es der Entwurf beabsichtigt, ist die Wohnungsaufsicht auch in Bayern (Allerhöchste Verordnung, die Wohnungsaufsicht betreffend, vom 10. Februar 1901 — Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Bayern Nr. 7 —) und in Württemberg (Verfügung des Ministeriums des Innern über die Wohnungsaufsicht vom 21. Mai 1901 — Regierungsblatt für das Königreich Württemberg Nr. 13 —) geregelt. In beiden Staaten, die gleichfalls eine Regelung der Wohnungsbenutzung im Wege polizeilicher Vorschriften vorsehen, sind die Gemeinden verpflichtet, die Organe für die Vornahme der Wohnungsbesichtigungen ihrerseits zu bestellen (§§ 3, 4 der Verordnung für Bayern, § 2 der Verfügung des württembergischen Ministeriums des Innern).

Wenn durch den Entwurf hiernach die Wohnungsaufsicht in erster Linie den Gemeindevorständen überwiesen werden soll, so wird anderseits im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die gesunde Wohnungsverhältnisse im allgemeinen Staatsinteresse besitzen, Vorsorge dafür zu treffen sein, daß die Wohnungsaufsicht überall in einer den Absichten des Gesetzes entsprechenden Weise durchgeführt wird. In dieser Beziehung kommt namentlich in Betracht, daß eine weitgehende Benutzung der Gebäude zur Unterbringung von Menschen die Rentabilität und den Wert der Grundstücke nicht unwesentlich steigert und hierin ein lebhafter Anreiz zu Uebertretungen gegeben ist. Bereits bei Durchführung der bisher zur Regelung des Wohnungswesens in einzelnen Regierungsbezirken und Gemeinden erlassenen Polizeiverordnungen ist daher die Erfahrung gemacht worden, daß ohne eine sachgemäß geübte Aufsicht der Zweck solcher Vorschriften nur sehr unvollkommen erreicht wird. Bei der namentlich in den größeren Städten allgemein durch die Wohnungsaufsicht entstehenden erheblichen Mehrarbeit wird für solche Gemeinden eine zweckentsprechende Organisation, welche auch die Verwendung einer ausreichenden Zahl dauernd mit der Wohnungsaufsicht betrauter, in geeigneter Weise vorgebildeter Beamten vorsieht, nicht entbehrt werden können. Daß in diesen Gemeinden durch eine lediglich ehrenamtlich geübte Wohnungsaufsicht der Zweck des Gesetzes in ausreichendem Maße erreicht werden würde, muß aus mehrfachen Gründen bezweifelt werden. Abgesehen davon, daß die Abstellung der vorgefundenen Mängel, auf welche die Wohnungsaufsichtsorgane in erster Linie durch Belehrung und Rat hinzuwirken haben werden, gewisse bautechnische und hygienische Kenntnisse erfordert, beansprucht schon die ordnungsmäßige Vornahme der Besichtigungen und Nachbesichtigungen, die fortlaufend und ohne Rücksicht auf jeweilige Abhaltungen vorgenommen werden müssen, sehr erhebliche Zeit. Da außerdem die bei der Wohnungsbesichtigung festgestellten Mißstände weiter verfolgt werden müssen, so würde schon im Hinblick auf die den Wohnungspflegern erwachsende Arbeitslast voraussichtlich mit einem unerwünscht häufigen Wechsel der ehrenamtlich tätigen Personen gerechnet werden müssen. Dazu kommt, daß es sich bei der erheblichen, in solchen Gemeinden erforderlichen Zahl von Wohnungspflegern nicht würde vermeiden lassen, daß in den verschiedenen Bezirken sehr ungleichmäßig viele Wohnungsinhaber lieber Beamten als anderen Personen den Einblick in ihre häuslichen Verhältnisse gewähren, auch den ersteren gegenüber nachhaltiger auf eine ordnungsmäßige Erledigung der Geschäfte hingewirkt werden kann. Die Uebertragung der Wohnungsaufsicht ausschließlich auf die Armen-

amts oder die Anstellung besonderer in geeigneter Weise vorgebildeter beamteter Wohnungsaufseher vorgeschrieben werden. Mehrere Gemeinden können sich mit Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde zur Errichtung eines gemeinsamen Wohnungsamts für ihre Bezirke vereinigen. Unter der gleichen Voraussetzung kann auch ein weiterer Kommunalverband für seinen Bezirk oder Teile seines Bezirks ein gemeinsames Wohnungsamt errichten.

Dem Wohnungsamte können von der Gemeinde, sofern sich mehrere Gemeinden zur Errichtung eines gemeinsamen Wohnungsamts vereinigt haben, durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Gemeinden und, sofern die Errichtung durch einen weiteren Kommunalverband erfolgt, durch Beschluß des letzteren andere verwandte Aufgaben übertragen werden. Auf Anordnung des Regierungspräsidenten, für Berlin des Oberpräsidenten, ist die Tätigkeit des Wohnungsamts auf die Nachweisung kleinerer Wohnungen zu erstrecken. Durch Polizeiverordnung kann den Vermietern solcher Wohnungen die Pflicht zur Anmeldung verfügbarer Wohnungen auferlegt werden.

ärzte empfiehlt sich schon mit Rücksicht darauf nicht, daß neben hygienischen namentlich auch bautechnische Kenntnisse für die zweckentsprechende Ausführung der Besichtigungen erforderlich sind. Der Entwurf sieht hiernach vor, daß für größere Gemeinden mit mehr als 100000 Einwohnern zur Durchführung der Wohnungsaufsicht ein Wohnungsamt zu errichten ist, das mit dem erforderlichen in geeigneter Weise vorgebildeten Personal, insbesondere mit einer genügenden Anzahl beamteter Wohnungsaufseher, besetzt sein muß. Ob das Wohnungsamt gesondert für sich oder im Anschluß an eine andere städtische Verwaltungstelle errichtet werden soll, bleibt nach der Absicht des Entwurfs dem Ermessen der Gemeinden überlassen. Ebenso bleibt diesen freigestellt, inwieweit sie in das Wohnungsamt auch ehrenamtlich tätige Personen berufen, ob sie insbesondere die durch das Gesetz vom 16. September 1899, betreffend die Dienststellung des Kreisarzes und die Bildung von Gesundheitskommissionen (Gesetzsamml. S. 172) geschaffenen Gesundheitskommissionen und die Kreisärzte mit diesem in Verbindung bringen wollen. Ferner soll den Gemeindeverwaltungsbehörden die Entscheidung darüber überlassen bleiben, wie, vorbehaltlich der weiter unten zu erörternden Zustimmung der Ortspolizeibehörde zu den zu erlassenden Dienstanweisungen für die Ausübung der Wohnungsaufsicht, die Geschäftsverteilung und der Geschäftsgang für das Wohnungsamt, insbesondere die Vornahme der Wohnungsbesichtigungen zu regeln sein wird. Hinsichtlich der Hinzuziehung der Polizeibeamten bei Ausübung der Wohnungsaufsicht wird auf die Bemerkungen zu § 1 verwiesen.

Ein Bedürfnis nach einer den vorstehend angegebenen Gesichtspunkten entsprechenden Organisation für die Durchführung der Wohnungsaufsicht kann auch für Gemeinden mit 100000 oder weniger Einwohnern vorliegen. In dieser Beziehung kommen namentlich die größeren Mittelstädte mit einer schnellwachsenden industriellen Bevölkerung in Betracht. Der Entwurf sieht daher weiter vor, daß für solche Gemeinden die Aufsichtsbehörde ermächtigt sein soll, die Errichtung eines den angegebenen Bestimmungen entsprechenden Wohnungsamtes anzuordnen. Für manche Gemeinden wird es zur Erreichung des beabsichtigten Zwecks genügen, wenn statt dessen nur die Anstellung besonderer beamteter Wohnungsaufseher vorgesehen wird. Dementsprechend sollen die Aufsichtsbehörden befugt sein, auch nur in dieser Beziehung Anordnung zu treffen.

Wenn die Aufsicht über die Befolgung der Bestimmungen der Wohnungsordnung in erster Linie den Gemeindevorständen übertragen wird, so muß im Hinblick darauf, daß die Wohnungsordnungen im Wege der Polizeiverordnung erlassen werden sollen, für die in Frage kommenden Gemeinden den Ortspolizeibehörden ein Einfluß darauf gesichert werden, daß die Wohnungsaufsicht ordnungsmäßig ausgeübt wird. Der Entwurf will dies in der Weise erreichen, daß für solche Gemeinden, für welche eine Wohnungsordnung erlassen ist, die Ausübung der Wohnungsaufsicht durch eine Dienstanweisung geregelt werden soll, die von dem Gemeindevorstand unter Zustimmung der Ortspolizeibehörde

§ 2. Die mit der Wohnungsaufsicht betrauten Personen sind berechtigt, bei Ausübung der Wohnungsaufsicht alle Räume, die zum dauernden Aufenthalte von Menschen benutzt werden, sowie die dazu gehörigen Nebenräume, Zugänge, Aborte zu betreten. Sie haben den Wohnungsinhaber oder dessen Vertreter bei dem Beginne der Besichtigung mit dem Zweck ihres Erscheinens bekannt zu machen und sich unaufgefordert durch öffentliche Urkunde über ihre Berechtigung auszuweisen.

Die Besichtigung muß so vorgenommen werden, daß eine Belästigung der Beteiligten tunlichst vermieden wird. Sie darf nur in der Zeit von 9 Uhr morgens bis 6 Uhr abends, bei Wohnungen, in die Einlieger oder Schlafgänger aufgenommen werden, nur in der Zeit von 5 Uhr morgens bis 10 Uhr abends erfolgen.

Der Wohnungsinhaber oder sein Vertreter ist verpflichtet, über die Art der Benutzung der Räume wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen.

---

festzusetzen ist. In den Fällen, wo mehrere Gemeinden sich zur Errichtung eines gemeinsamen Wohnungsamts vereinigt haben, oder wo ein weiterer Kommunalverband für seinen Bezirk oder Teile seines Bezirks zur Aufsicht über die Durchführung der Wohnungsordnung ein gemeinsames Wohnungsamt errichtet, soll dann, wenn für die beteiligten Gemeinden nicht dieselbe Polizeibehörde zuständig ist, an die Stelle der einzelnen Ortspolizeibehörden die nächstvorgesetzte Aufsichtsbehörde treten.

Die bei der Durchführung der bestehenden Wohnungspolizeiverordnungen gemachten Erfahrungen werden es unter Umständen, namentlich in solchen Bezirken, in welchen Wohnungsmißstände in erheblichem Umfange hervorgetreten sind, angezeigt erscheinen lassen, nach dem durch den Staatshaushaltsetat für 1902 (Kapitel 58 Titel 1 und 5) für den Regierungsbezirk Düsseldorf geschaffenen Vorgange den höheren Verwaltungsbehörden Beamte für die Aufsicht über die Wahrnehnehmung der örtlichen Wohnungsaufsicht beizugeben. Namentlich in den kleineren Gemeinden läßt das Vorgehen der mit zahlreichen anderen Aufgaben befaßten Ausführungsorgane, denen zudem die erforderlichen technischen Kenntnisse vielfach mangeln, zu wünschen übrig. Die Beamten sollen nach Maßgabe des Bedürfnisses den Regierungspräsidenten gemäß § 19 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Gesetzsamml. S. 195 ff.) beigegeben werden, so daß die Gefahr einer unbefugten Einmischung in die Gemeinde- oder Polizeiverwaltung ausgeschlossen erscheint. Sie haben im wesentlichen die Aufgabe, sich zwecks Berichterstattung an den Regierungspräsidenten über die Lage der Wohnungsverhältnisse in den einzelnen Gemeinden und über die ordnungsmäßige Ausübung der örtlichen Wohnungsaufsicht zu unterrichten sowie dem Regierungspräsidenten in allen Fragen des Wohnungswesens als sachverständiges beratendes Organ zu dienen. In geeigneten Fällen sollen die Bezirks-Wohnungsaufsichtsbeamten auch mehreren Regierungspräsidenten zugleich beigegeben werden. Mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse im Landespolizeibezirk Berlin würde hier die Zuweisung an den Oberpräsidenten erfolgen. Da die Bezirks-Wohnungsaufsichtsbeamten häufig in die Lage kommen werden, in Ausübung des ihnen erteilten Auftrags mit den Gemeindeverwaltungen zu verhandeln, so werden für die Anstellung Personen mit höherer Vorbildung in Aussicht zu nehmen sein."

Zu **Artikel 4 § 1:** „Soweit die Polizeibeamten zugleich Gemeindebeamte sind, werden sie, vorbehaltlich der Bestimmungen im Abs. 2 des § 1, mit Zustimmung der Ortspolizeibehörden zur Ausübung der im Abs. 1 vorgesehenen Wohnungsaufsicht herangezogen werden können.

Vielfach wird mit Rücksicht auf die enge wirtschaftliche Zusammengehörigkeit einzelner Gemeinden, insbesondere der Vorortgemeinden und der ihnen benachbarten größeren Stadt, die im Artikel 3 I vorgesehene Regelung der Wohnungsbenutzung nur gemeinschaftlich für diese Gemeinden erfolgen können. In diesen Fällen kann es zweckmäßig erscheinen, daß auch die Wohnungsaufsicht von einem gemeinsamen Wohnungsamt ausgeübt wird. § 1 Abs. 2 vorletzter Satz sieht daher vor, daß sich mehrere Gemeinden zur Errichtung eines solchen für ihre Bezirke mit Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde vereinigen können. Die anteilsweise Verteilung der Kosten für

§ 3. Soweit sich bei Ausübung der Wohnungsaufsicht ergibt, daß die Wohnung hinsichtlich ihrer Beschaffenheit oder Benutzung den an sie zu stellenden Anforderungen nicht entspricht, ist Abhilfe in der Regel zunächst durch Rat, Belehrung oder Mahnung zu versuchen. Läßt sich auf diese Weise Abhilfe nicht schaffen, so ist das Erforderliche wegen Herbeiführung polizeilichen Einschreitens zu veranlassen.

§ 4. Die Ausübung der Wohnungsaufsicht ist für solche Gemeinden, für welche gemäß Artikel 3 § 1 eine Wohnungsordnung erlassen ist, durch eine Dienstanweisung zu regeln, die von dem Gemeindevorstand unter Zustimmung der Ortspolizeibehörde festzusetzen ist. Im Falle des § 1 Abs. 2 vorletzter Satz sind für die beteiligten Gemeinden übereinstimmende Dienstanweisungen, im Falle des § 1 Abs. 2 letzter Satz ist die Dienstanweisung von der Kommunalverwaltungsbehörde zu erlassen; die Zustimmung ist alsdann, falls für die beteiligten Gemeinden ein und dieselbe Polizeibehörde zuständig ist, von dieser,

---

das Wohnungsamt bleibt in erster Linie der Vereinbarung der Gemeinden überlassen. In manchen Fällen kann es sich auch als zweckmäßig erweisen, wenn ein weiterer Kommunalverband, insbesondere der Kreis, für seinen Bezirk oder Teile seines Bezirks ein gemeinsames Wohnungsamt errichtet. Durch § 1, Abs. 2 letzter Satz ist dies daher gleichfalls unter der Voraussetzung für zulässig erklärt, daß die staatliche Aufsichtsbehörde die Genehmigung zu der Errichtung erteilt.

Das Wohnungsamt ist als Mittelpunkt für die Bestrebungen zur Verbesserung der örtlichen Wohnungsverhältnisse gedacht. Ihm sollen daher von den Gemeinden oder dem weiteren Kommunalverband auch anders in dieses Gebiet fallende Aufgaben, wie beispielsweise die Vornahme statistischer Erhebungen über die Lage der Wohnungsverhältnisse und der Bautätigkeit sowie die Vermittlung von Mietwohnungen, übertragen werden können. Im Interesse der minderbemittelten Bevölkerung sollen ferner die Regierungspräsidenten, für Berlin der Oberpräsident, befugt sein, eine Erstreckung der Tätigkeit des Wohnungsamtes, soweit ein solches errichtet ist, auf die Nachweisung kleineren Wohnungen anzuordnen, wie eine solche heute von einzelnen Gemeinden bereits mit Erfolg ins Leben gerufen ist. Ein solcher Nachweis, der sich als sehr segensreich und fördernd für die Tätigkeit der Wohnungsämter herausgestellt hat, wird dann wesentlich erleichtert, wenn die Vermieter verpflichtet sind, verfügbare Kleinwohnungen bei ihm anzumelden. Durch die Vorschrift im letzten Absatze soll deshalb die Rechtsgültigkeit von Polizeiverordnungen, die eine solche Verpflichtung aussprechen, außer Zweifel gestellt werden."

Zu Artikel 4 § 2: „Durch die Bestimmungen soll eine Belästigung der Wohnungsinhaber bei Ausübung der Wohnungsaufsicht nach Möglichkeit ausgeschlossen und ein Schutz gegen ungeeignete oder mißbräuchliche Ausübung des Zutrittsrechts gewährt werden. Durch die Vorschrift in Abs. 2 Satz 1 wird insbesondere ausgeschlossen, daß der Zutritt zu Krankenzimmern verlangt werden kann, sofern nicht nach Lage des Falles die Besichtigung erforderlich und unbedenklich erscheint. Die Besichtigungen sollen in der Regel nur in der Zeit von 9 Uhr Morgens bis 6 Uhr Abends zulässig sein. Eine längere Besichtigungszeit ist nur für solche Wohnungen vorgesehen, in die Einlieger oder Schlafgänger aufgenommen werden, da die Einhaltung der für die Aufnahme solcher Personen getroffenen Vorschrift der Natur der Sache nach mit Erfolg nur dann überbracht werden kann, wenn Wohnungen, die für diesen Zweck benutzt zu werden pflegen, auch in den frühen Morgenstunden und des Abends spät besichtigt werden können. Durch die Vorschrift wird § 8 des Gesetzes vom 12. Februar 1850 zum Schutze der persönlichen Freiheit (Gesetzsamml. S. 45) entsprechend erweitert."

Zu Artikel 4 § 3: „Die Vorschrift betont, daß die Wohnungsaufsicht in erster Linie in pfleglicher Weise ausgeübt werden soll. Für das etwa erforderlich werdende polizeiliche Einschreiten sind die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Gesetzsamml. S. 195 ff.), maßgebend."

Zu Artikel 4 § 4: „Durch die Dienstanweisung wird namentlich auch

andernfalls von der den zuständigen Polizeibehörden nächstvorgesetzten Aufsichtsbehörde zu erteilen. Verweigert eine Gemeinde- oder Kommunalverwaltungsbehörde, der ihr nach vorstehendem obliegenden Verpflichtung nachzukommen, oder kann über den Inhalt der Dienstanweisung zwischen den beteiligten Behörden ein Einverständnis nicht erzielt werden, so entscheidet der Regierungspräsident, für den Landespolizeibezirk Berlin der Oberpräsident, endgültig.

II. Bezirkswohnungsaufsichtsbeamte.

§ 5. Den Regierungspräsidenten, für den Landespolizeibezirk Berlin dem Oberpräsidenten, sind zur Ausübung der Aufsicht über die Tätigkeit der Gemeinde- und Ortspolizeibehörden (§ 1), soweit sich dazu ein Bedürfnis ergibt, Wohnungsaufsichtsbeamte beizugeben. Diesen Beamten stehen bei Ausübung ihrer Dienstobliegenheiten die Befugnisse der mit der örtlichen Wohnungsaufsicht betrauten Personen (§ 2) zu.

Artikel 5.

Schluß- und Uebergangsbestimmungen.

§ 1. Maßgebend für die Berechnung der Einwohnerzahl einer Gemeinde oder eines Gutsbezirkes ist hinsichtlich der Bestimmungen dieses Gesetzes die durch die jedesmal letzte Volkszählung ermittelte Zahl der ortsanwesenden Zivilbevölkerung.

§ 2. Ausgenommen von den Vorschriften der Artikel 3, 4 sind:

a. Schlösser des Königs oder eines Mitgliedes des Königlichen Hauses oder des Hohenzollernschen Fürstenhauses einschließlich der zugehörigen Nebengebäude,
b. die dem Reich, einem Bundesstaat oder einem Kommunalverbande gehörigen Gebäude, soweit sie zu einem öffentlichen Dienst oder Gebrauch bestimmt sind
c. Anstalten, soweit sie auf Grund besonderer Bestimmungen einer staatlichen Beaufsichtigung unterstehen.

§ 3. Dieses Gesetz tritt am . . . . in Kraft.

Bereits vor Inkrafttreten dieses Gesetzes können zu seiner Ausführung Wohnungsordnungen und die zu diesem Behufe notwendigen Anordnungen und Beschlüsse erlassen werden.

---

der Turnus für die Besichtigungen und Nachbesichtigungen sowie die Führung der erforderlichen Tagebücher, Verzeichnisse der Kataster vorzuschreiben sein. Daß bei Errichtung gemeinsamer Wohnungsämter für mehrere Gemeinden auch hinsichtlich der Dienstanweisung Uebereinstimmung herrschen muß, bedarf keiner näheren Begründung. Für den Fall der Weigerung einer Gemeinde- oder Kommunalverwaltungsbehörde, der Verpflichtung zum Erlasse der Dienstanweisung nachzukommen, sowie für den Fall, daß über deren Inhalt zwischen den beteiligten Behörden ein Einverständnis nicht erzielt werden kann, soll eine sachgemäße Regelung dadurch sichergestellt werden, daß der Regierungspräsident, für den Landespolizeibezirk Berlin der Oberpräsident, die Dienstanweisung erläßt oder über ihre Festsetzung entscheidet."

Zu **Artikel 4 § 5:** „Wenn sich die in den höheren Verwaltungsbehörden beigegebenen Wohnungsaufsichtsbeamten in allen Fällen in dem wünschenswerten Maße und ohne Zeitverlust über die Lage der Wohnungsverhältnisse und die Handhabung der örtlichen Wohnungsaufsicht unterrichten sollen, so muß ihnen auch das Recht gewährt werden, erforderlichenfalls ohne Begleitung der örtlichen Polizei- oder Verwaltungsaufsichtsorgane die Wohnungen zu betreten. Der Entwurf sieht deshalb vor, daß ihnen bei Ausführung ihrer dienstlichen Aufträge die im § 2 bezeichneten Befugnisse der örtlichen Wohnungsaufsichtsorgane zustehen sollen. Inwieweit sie von diesen Befugnissen Gebrauch zu machen haben, wird erforderlichenfalls im Wege der Dienstanweisung näher festzusetzen sein."



Gruppenbild der Teilnehmer an der XXIX. Hauptversammlung des Preuss. Med.-Beamtenvereins am 25. April 1913.

(Aufgenommen vor der Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem.)

Liste der Teilnehmer

an der

XXIX. Hauptversammlung

des

Preussischen Medizinalbeamten-Vereins

am 25. April 1913.

Als Gäste.

1. Dr. Buchholtz, Reg.-Rat, Mitglied des Reichsgesundheitsamts in Berlin.
2. - Endler, Bezirksarzt in Dippoldiswalde.
3. - Gross, prakt. Arzt in Friedenau, staatsärztl. approb.
4. - Petzoldt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pirna.
5. - phil. Saenger, Geh. Reg.-Rat, vortragender Rat in der Med.-Abt. des Ministeriums des Innern.
6. - Unruh, Med.-Rat, Kreisarzt in Wismar.

Provinz Ostpreußen.

7. - Forstreuter, Med.-Rat, Kreisarzt und Direktor der Königl. Impfanstalt in Königsberg (Pr.).
8. - Hoppe, Kreisarzt in Preuß.-Eylau.
9. - Israel, Med.-Rat, Kreisarzt in Fischhausen.
10. - Klare, Kreisarzt in Johannisburg (Ostpr.).
11. - Klix, Kreisarzt in Darkehmen.
12. - Matthes, Reg.- u. Med.-Rat in Gumbinnen.
13. - Meyen, Reg.- u. Med.-Rat in Allenstein.
14. - Solbrig, Reg.- u. Med.-Rat in Königsberg (Pr.).

Provinz Westpreußen.

15. Dr. Birnbacher, Med.-Rat, Kreisarzt in Danzig.
16. - Göhlmann, Kreisarzt in Strasburg (Westpr.).
17. - König, Kreisarzt in Konitz.
18. - Rathmann, Reg.- u. Med.-Rat in Marienwerder.
19. - Seemann, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Danzig.
20. - Wandel, Kreisarzt in Schlochau.

Berlin mit den Stadtkreisen
Charlottenburg, Schöneberg, Riydorf, Wilmersdorf und Lichtenberg.

21. Dr. Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums des Innern.
22. - Bürger, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.
23. - Dietrich, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Med.-Abt. des Innern in Berlin-Steglitz.

24. Dr. Eschricht, Med.-Rat, Kreisarzt und ständ. Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium.
25. - Finger, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
26. - Franz, Kaiserl. Reg.-Rat bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, in Charlottenburg.
27. - Fränckel, Paul, Privatdozent und Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, Charlottenburg.
28. - Gehrke, Kreisarzt des VI. Bezirks.
29. - Kasten, Med.-Rat in Charlottenburg.
30. - Kirchner, Prof., Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat und Direktor der Medizinal-Abt. des Ministeriums des Innern. Ehrenmitglied.
31. - Knospe, Kreisarzt des II. Bezirks.
32. - Krohne, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Medizinal-Abt. des Ministeriums des Innern.
33. - Lindemann, Med.-Rat, Kreisarzt.
34. - Lissner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin-Friedenau.
35. - Mangold, Kreisassistenzarzt, Hilfsarbeiter in der Medizinal-Abt. des Ministeriums des Innern und in der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen.
36. - Mann, Kreisarzt in Berlin-Lichtenberg.
37. - Marx, Gerichtsarzt und Gefängnisarzt.
38. - Meyer, Kreisarzt in Berlin.
39. - Nesemann, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizeipräsidium.
40. - Pfleger, Geh. Med.-Rat u. Gerichtsarzt.
41. - Podlewski, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Berlin-Schöneberg.
42. - Rogowski, Med.-Rat, Kreisarzt, Nikolassee (Wannseebahn).
43. - Schlegtendal, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizeipräsidium.
44. - Schroeder, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Teltow, Charlottenburg.
45. - Steffenhagen, Mitglied der Königl. Landes-Anstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem.
46. - Stüler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.
47. - Weißenborn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.

Provinz Brandenburg.

48. Dr. Aust, Kreisarzt in Nauen.
49. - Braeutigam, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Neumark).
50. - Geißeler, Kreisarzt in Potsdam.
51. - Gottschalk, Med.-Rat, Kreisarzt in Kalau.
52. - Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Krossen.
53. - Hafemann, Med.-Rat, Kreisarzt in Luckau (Lausitz).
54. - Jungmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Guben.
55. - Nickel, Med.-Rat, Kreisarzt in Perleberg.
56. - Roth, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Potsdam.
57. - Steinberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedeberg (Neumark).
58. - Struntz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Jüterbogk.
59. - Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cottbus.
60. - Wiese, Med.-Rat, Kreisarzt in Spremberg (Lausitz).
61. - Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz (Priegnitz).

Provinz Pommern.

62. Dr. Arbeit, Med.-Rat, Kreisarzt in Stargard (Pommern).
63. - Boege, Kreisarzt in Ueckermünde.
64. - Dieterich, Med.-Rat, Kreisarzt in Demmin.
65. - Dütschke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
66. - Gerloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Stralsund.
67. - Hoche, Reg.- u. Med.-Rat in Köslin.
68. - Kirstein, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamts in Stettin.

69. Dr. Kurpjuweit, Kreisarzt in Swinemünde.
70. - Manke, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlawe.
71. - Margulies, prakt. Arzt in Kolberg, staatsärztl. approb.
72. - Ohrloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Anklam.
73. - Pieconca, Kreisarzt in Greifenberg (Pomm.).
74. - Schlütter, Med.-Rat, Kreisarzt in Pyritz.
75. - Seiffert, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Randow und Direktor der Königl. Impfanstalt in Stettin.
76. - Stumm, Reg.- u. Med.-Rat in Stralsund.
77. - Thielow, Med.-Rat, Kreisarzt in Stolp.
78. - Voigt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cammin (Pomm.).

Provinz Posen.

79. Dr. Ekke, Kreisarzt in Adelnau.
80. - Guttwein, Kreisarzt des Kreises Posen-Ost in Schwersenz.
81. - Kahle, Kreisarzt in Schrimm.
82. - Michaelson, Med.-Rat, Kreisarzt in Meseritz (Bez. Posen).
83. - Paulisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Hohensalza.
84. - Schmidt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Posen.
85. - Straube, Kreisarzt in Schwerin (Warthe).

Provinz Schlesien.

86. Dr. Gebhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Lauban.
87. - Krause, Reg.- u. Med.-Rat in Oppeln.
88. - Kutzki, Kreisarzt in Steinau (Oder).
89. - Lachmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Oels (Schles.).
90. - Leske, Med.-Rat, Kreisarzt in Liegnitz.
91. - Paulini, Med.-Rat, Kreisarzt in Militsch (Bez. Breslau).
92. - Schreber, Kreisarzt in Bunzlau.
93. - Schweitzer, Kreisarzt in Kattowitz (Ob.-Schl.).
94. - Telke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau.
95. - Thienel, Med.-Rat, Kerisarzt in Groß-Strehlitz.

Provinz Sachsen.

96. Dr. Bundt, Kreisarzt in Halle a. S.
97. - Burmeister, Kreisarzt in Wanzleben.
98. - Curtius, Kreisarzt in Stendal.
99. - Deneke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Magdeburg.
100. - Felgenträger, Kreisarzt in Heiligenstadt (Eichsfeld).
101. - Fielitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt (Stadtkreis) in Halle (Saale).
102. - Grape, Kreisarzt in Salzwedel.
103. - Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda.
104. - Herrmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Bitterfeld.
105. - Hillenberg, Kreisarzt in Zeitz.
106. - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Wolmirstedt.
107. - Kornalewski, Med.-Rat, Kreisarzt in Delitzsch.
108. - Krämer, Kreisarzt in Worbis.
109. - Pantzer, Med.-Rat, Kreisarzt in Sangerhausen.
110. - Räuber, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Erfurt.
111. - Rapmund, Kreisarzt in Querfurt.
112. - Rauch, Kreisarzt in Eisleben.
113. - Steinkopf, Med.-Rat, Kreisarzt in Merseburg.
114. - Vial, Kreisarzt in Gardelegen.

Provinz Schleswig-Holstein.

115. Dr. Bruhn, Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg.
116. - Hansen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg.
117. - Schröder, Stadtarzt in Altona (Elbe).

Provinz Hannover.

118. Dr. Arbeit, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Hildesheim.
119. - Guttmann, Kreisarzt in Stade.
120. - Itzerott, Med.-Rat, Kreisarzt in Uelzen.
121. - Lochte, a. o. Professor, Kreisarzt und Direktor des gerichtl.-mediz. Instituts in Göttingen.
122. - Mennicke, Kreisarzt in Hameln.
123. - Möller, Kreisarzt in Burgdorf.
124. - Opitz, Kreisarzt in Peine.
125. - Ritter, Reg.- u. Med.-Rat in Stade.
126. - Ritter, Kreisarzt in Northeim.
127. - Stakemann, Kreisarzt in Walsrode.
128. - Sorge, Kreisarzt in Lüchow.
129. - Wolff, Reg.- u. Med.-Rat in Lüneburg.

Provinz Westfalen.

130. Dr. Isfort, Kreisarzt in Warburg (Westf.).
131. - Gerlach, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Münster (Westf.)
132. - Krummacher, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Münster Westf).
133. - Nünninghoff, Med.-Rat, Kreisarzt in Bielefeld.
134. - Rapmund, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Minden (Westf.). Ehrenmitglied.
135. - Schlautmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Münster (Westf.).
136. - Schlüter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Gütersloh.
137. - Schneider, Reg.- u. Med.-Rat in Arnsberg (Westf.).
138. - Schneider, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelsenkirchen.
139. - Scholand, Kreisarzt in Olpe.
140. - Seitz, Kreisassistenzarzt in Borgholzhausen.
141. - Steiner, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Arnsberg (Westf.).

Provinz Hessen - Nassau.

142. Dr. Dreising, Med.-Rat, Kreisarzt in Oassel.
143. - v. Hake, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Wiesbaden.
144. - Riech, Kreisarzt in Marienberg (Westerwald).
145. - Rockwitz, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Cassel.
146. - Vahle, Kreisarzt in Fraukenberg (Hessen-Nassau).
147. - Wittich, Kreisarzt in Cassel..
148. - Wolf, Kreisarzt in Witzenhausen.

Rheinprovinz und Hohenzollern.

149. Dr. Borntraeger, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Düsseldorf.
150. - Clauditz, Kreisarzt in Remscheid.
151. - Grisar, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Coblenz.
152. - Lembke, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Duisburg.
153. - Meerbeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Mülheim (Rhein).
154. - Paffrath, Med.-Rat, Kreisarzt in Cleve.
155. - Rusak, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Cöln.
156. - Schwabe, Reg.- u. Med.-Rat in Aachen.
157. - Vollmer, Kreisarzt in Kreuznach.
158. - Wodtke, Geh. Med.-Rat, Reichskommissar für Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches in Saarbrücken.



Offizieller Bericht

über die

IX. Landesversammlung

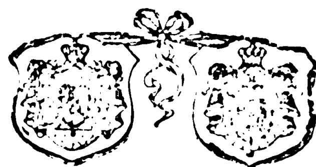
des

Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins (E. V.)

zu

Bad Kissingen

am 7. Juli 1912.



Berlin 1913.

FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG

H. Kornfeld.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Seite.

Eröffnung der Versammlung 1

1. Die Säuglingsfürsorge mit besonderer Beziehung auf die ländlichen Säuglingsverhältnisse in Oberbayern. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Henkel-München 3

2. Ernährungsfragen. Landgerichtsarzt Dr. Schwink-Ansbach . . . 28

3. Rechenschaftsbericht. Wünsche und Anträge 38

4. Die Heilquellen und Badeeinrichtungen Kissingens. Bezirksarzt Dr. Maar-Bad Kissingen 41

Verzeichnis der Teilnehmer an der Versammlung 54

Eröffnung der Versammlung.

Landesvorsitzender Med.-Rat Dr. **Henkel,** Bezirksarzt in München: M. H.! Es liegt mir ob, die Versammlung zu eröffnen und alle Erschienenen willkommen zu heißen. Ich darf besonders begrüßen Herrn Bezirksarzt Dr. Gebhardt als Vertreter des Staatsministeriums des Innern, die Herren Regs.- und Med.-Räte Dr. Egger, Dr. Miller und Dr. Utz als Vertreter der Kreisregierungen von Unterfranken, Mittelfranken und Schwaben, den Herrn Badekommissär kgl. Regs.-Rat Freiherrn von Moreau, den Herrn Rechtsrat Schwarz als Vertreter von Bad Kissingen. Dem Herrn Badekommissär spreche ich noch meinen besonderen Dank für die ehrende Einladung zum gemeinsamen Mittagessen aus.

Es ist die IX. Landesversammlung, die der Bayerische Medizinalbeamtenverein heute abhält — in dem weltberühmten Bad Kissingen, welches an und für sich schon des Belehrenden und Angenehmen wie des Heilsamen in Fülle darbietet, das jeder Medizinalbeamte Bayerns kennen sollte. Seiner Behörde sind wir namentlich zu Dank verpflichtet für die gütige Ueberlassung der herrlichen Räume, in denen wir tagen.

Bezirksarzt Dr. **Gebhardt:** M. H.! Die Kammer der Abgeordneten ist gestern in die Beratung des Gesundheitswesens eingetreten. Die beiden Referenten des Staatsministeriums für das Gesundheitswesen, Herr Min.-Rat Prof. Dr. Dieudonné und Oberregierungsrat Huber können deshalb zu ihrem Bedauern der heutigen Versammlung nicht beiwohnen. Sie lassen alle Herren bestens grüßen und wünschen der Versammlung guten Verlauf.

K. Reg.- und Med.-Rat Dr. **Egger**-Würzburg: Der Herr Regierungspräsident von Unterfranken und Aschaffenburg, Exzellenz Dr. von Müller, hat mich beauftragt, im Namen der kgl. Regierung von Unterfranken Sie herzlichst zu begrüßen. Seine Exzellenz lassen Ihnen zu Ihren Verhandlungen den besten Erfolg wünschen.

Nun gestatten Sie mir, sehr verehrte Herren, daß auch ich persönlich Sie begrüße und meiner Freude Ausdruck gebe, daß

Sie gerade Bad Kissingen zum diesjährigen Orte Ihrer Versammlung gewählt haben. Was Kissingen auszeichnet, sind neben seiner wunderbaren Lage an den Ausläufern der Rhön im schönen Saaletale seine weltberühmten Heilquellen, der weltberühmte Rakoczy-Pandur, außerdem aber auch seine sonstigen Sool- und Moorbäder, wie alle seine therapeutischen Einrichtungen und Kurmittel, die ihm zu dem hohen Rufe und dem Ansehen, das es als Badeort genießt, verholfen haben.

Wenn ich einen Blick werfe auf das Programm der heutigen Landesversammlung, so sehe ich, daß uns sehr hochwichtige zeitgemäße Vorträge in Aussicht gestellt wurden; ich sehe aber auch, daß Herr Bezirksarzt Maar die Güte haben wird, die Führung durch Bad Kissingen zu übernehmen. Ich möchte Sie nun einladen zu einer recht regen Teilnahme an dem Rundgang durch die Stadt und den Kurort; die Herren werden dann sicher zu der Überzeugung kommen, daß in Bad Kissingen nicht nur manches Schöne, sondern auch vieles geboten wird, was vom speziell medizinischen Standpunkt aus Sie interessieren wird.

M. H.! Möge es Ihnen recht gut gefallen in unserem unterfränkischen Kurorte Bad Kissingen; mögen die Stunden, die Sie hier zubringen, in Ihrer Erinnerung stets ein freundliches Echo finden. Ich begrüße Sie hiermit auf das herzlichste mit dem Rufe: Willkommen in Bad Kissingen!

(Bravo!)

K. Reg.-Rat Freiherr v. **Moreau:** Meine sehr verehrten Herren! Der Verein bayerischer Medizinalbeamten hält heute seine Versammlung zu Bad Kissingen ab und Bad Kissingen ist darüber hoch erfreut. Die Balneologie ist ein wichtiger Teil der medizinischen Wissenschaft; das Bäderwesen und das Medizinwesen sind auf das engste miteinander verknüpft. Die Tätigkeit, die auf beiden Gebieten zu leisten ist, wird Schulter an Schulter, Hand in Hand geleistet; es ist eine schöne Empfindung, daß das gemeinschaftliche Ziel, das wir zu erstreben haben, im wesentlichen das gleiche ist: der leidenden Menschheit Heilung und Hilfe zu bringen.

Unter dem Eindruck dieser Empfindung begrüße ich Sie, meine sehr verehrten Herren, in Bad Kissingen, wo alljährlich Tausende und Abertausende Heilung und Linderung ihrer Leiden finden, und wünsche Ihrer Tagung den allerbesten Verlauf.

(Bravo!)

Rechtsrat Dr. **Schwarz:** M. H.! Gestatten Sie mir, daß ich Ihnen im Namen der Stadtgemeinde Kissingen zunächst herzlichsten Dank sage, daß Sie so gütig waren, auch uns zu Ihrer Versammlung einzuladen. Wir sind uns wohl bewußt, welch großen Wert gerade Ihre Anwesenheit in den Mauern unserer Stadt hat, und wir wünschen Ihnen auf das herzlichste, daß der Verlauf Ihrer Tagung ein solcher ist, daß Sie eine schöne Erinnerung mit nach Hause nehmen und vor allem, daß neben der Arbeit auch der übrige Aufenthalt in Bad Kissingen so

verlaufen möge, daß er sich in jeder Beziehung lohnen möge. In diesem Sinne begrüße ich Sie herzlich und bitte Sie, die besten Wünsche der Stadtgemeinde Bad Kissingen entgegenzunehmen.

(Bravo!)

I. Die Säuglingsfürsorge mit besonderer Beziehung auf die ländlichen Säuglingsverhältnisse in Oberbayern.

Ref.: Med.-Rat Dr. **Henkel**, Bezirksarzt in München, Vorsitzender.

A. Statistische Beobachtungen.

M. H.! Bei Betrachtung der allgemeinen Bevölkerungsbewegung des Königreiches Bayern während der letzten 30 Jahre finden wir ein entschiedenes Niedergehen der allgemeinen Sterblichkeit, aber auch einen Rückgang der Geburtenziffer. Wenn wir nur wenige Zahlen herausgreifen, betrug auf 1000 Einwohner berechnet in den Jahren

	die Sterblichkeit:	die Geburtenzahl:
1880:	30,1	39,7
1885:	29,6	38,2
1890:	27,3	34,9
1895:	25,1	36,0
1900:	25,3	36,6
1905:	23,7	35,7
1910:	20,0	32,4

Noch auffallender tritt der Unterschied im Regierungsbezirk Oberbayern zutage:

	die Sterblichkeit:	die Geburtenzahl:
1880:	35,5	40,2
1885:	32,5	38,3
1890:	29,2	36,6
1895:	28,3	37,4
1900:	27,9	37,2
1905:	22,7	33,9
1910:	19,7	30,4

Hier müssen wir aber bereits auf die Sonderverhältnisse der Hauptstadt München Rücksicht nehmen, deren Geburtenzahl in dem letzten Jahrzehnt und namentlich in den jüngsten Jahren rascher gesunken ist; denn im Jahre 1910, in dem die allgemeine Geburtenziffer Bayerns 32,4, die Oberbayerns 30,4 betrug, ist in München nur eine solche von 24,2 zu verzeichnen. Berechnet man diese Zahl zum Verhältnis der Bevölkerungs- und Geburtenzahl des Regierungsbezirks, so ergibt sich für das Land Oberbayern (außer München) eine Geburtenziffer von 35 auf 1000 Einwohner; der Unterschied von Großstadt und Land ist sonach ein ganz erheblicher.

Auch die Säuglingssterblichkeit (Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre) ist im Königreich Bayern seit 30 Jahren stetig gesunken. Von 100 Lebendgeborenen starben im ersten Lebensjahre:

1880:	29,7	1900:	27,8
1885:	28,5	1905:	24,1
1890:	27,4	1910:	20,2
1895:	27,7		

Es ist dieser Abfall nahezu gleichmäßig dem Abfall der allgemeinen Sterblichkeit, denn diese betrug:

1880:	30,1	dagegen die Kindersterblichkeit:	29,7
1910:	20,0	„ „ „	20,2

Die Säuglingssterblichkeit Oberbayerns sank wie folgt:

1880:	38,8	1900:	33,9
1885:	34,6	1905:	26,5
1890:	32,9	1910:	19,7
1895:	34,1		

Sie ist sonach etwas erheblicher gesunken, wie die allgemeine Sterblichkeit in Oberbayern, denn diese betrug:

1880:	35,5	dagegen die Kindersterblichkeit:	38,8
1910:	19,7	„ „ „	19,7

Auch hier kommen die Verhältnisse Münchens sehr in Betracht. Im Jahre 1910 betrug die Säuglingssterblichkeit in München nur 16,9 %; für Oberbayern mit Ausschluß Münchens dagegen 21,5, also eine Zahl, die noch über dem bayerischen Durchschnitt steht. Legt man diese Zahl zugrunde, so zeigt sich wieder annähernd die gleiche Abnahme, wie bei der allgemeinen oberbayerischen Sterblichkeit.

Der Aufwuchs, eine gewichtige Zahl, bedeutet, in welcher Höhe der Nachwuchs das erste Lebensjahr überdauert und eigentlicher Aufwuchs geworden ist. Dieser Aufwuchs betrug für:

Bayern:

	Lebendgeborene auf 100 Einwohner.	Kindersterblichkeit.	Aufwuchs.
1880:	4,0	29,7	2,8
1885:	3,8	28,5	2,6
1890:	3,5	27,4	2,4
1895:	3,6	27,7	2,6
1900:	3,7	27,8	2,7
1905:	3,6	24,1	2,7
1910:	3,2	20,2	2,6

Oberbayern:

1880:	4,0	38,8	2,5
1885:	3,8	34,6	2,5
1890:	3,7	32,9	2,5
1895:	3,7	34,1	2,4
1900:	3,7	33,9	2,4
1905:	3,4	26,5	2,5
1910:	3,0	19,7	2,4

Man könnte sich bei diesen Zahlen beruhigen. Eine wesentliche Abnahme des Aufwuchses ist im Lande Oberbayern nicht zu verzeichnen, um so weniger, als die Stadt München die Schuld an der in den jüngsten Jahren abnehmenden Zahl trifft. In den Jahren 1905—10 berechnen sich obige Zahlen für:

München	2,7 : 19,6, also 2,2 Aufwuchs.
Oberbayern Land	3,5 : 24,9, also 2,6 „

Dabei ist für München ähnlich wie bei anderen Großstädten

und Verkehrszentren bedenklich, daß die Geburtenzahl in den letzten Jahren rasch sinkt.

Bezüglich des Aufwuchses ist Oberbayern seit Jahrzehnten im Rückstande gegen alle anderen bayerischen Regierungsbezirke, nur Schwaben verhält sich um ein geringes ungünstiger. Schwaben hat in der Kindersterblichkeit und den bisher geschilderten Verhältnissen die größte Ähnlichkeit mit Oberbayern. Die geographische Lage, (das Gebirge im Süden, die Hochebene nach Norden), die Erwerbsverhältnisse, die Sitten sind gleichfalls am ähnlichsten.

Die Pfalz zeigt die besten Verhältnisse, zugleich eine stattliche Geburtenzahl und eine geringe Sterbeziffer.

Man hat in neuerer Zeit dem Zusammenhang und der Wechselwirkung von Geburtenhäufigkeit und Kindersterblichkeit besondere Beachtung gewidmet; es ist in der Tat dieses Verhältnis von einschneidender Bedeutung. Gehen wir vom natürlichen aus:

In weiten Gauen pflegt der Landbebauer seine Scholle, angewiesen auf die Seinigen, die ihm die wertvollsten Ehehalten sind, angewiesen auf eine große Familie und eine Sippe, mit der vereint er die Sorgen des Lebens leichter trägt, in gegenseitiger Hilfeleistung, glücklich über jeden Zuwachs seiner Genossenschaft. Die Eheleute kennen die Wichtigkeit ihrer Aufzucht; die Mutter erfüllt ganz und freudig ihre Pflichten, nährt, pflegt und hegt den Säugling nach ihren besten Kräften, Willen und Wissen. Eine natürliche Folge dieser guten alten Sitte ist eine gewisse Beschränkung der Kinderzahl, wie wir sie auch in unserem engeren Vaterlande da erblicken, wo die natürliche Ernährung die Hauptrolle spielt (Rheinpflalz, Franken). Dort erreicht die Geburtenzahl seit Jahrzehnten nicht die Höhe des altbayerischen Landvolkes, noch viel weniger aber die Sterblichkeitsziffer der Kinder, so daß der Aufwuchs beständig ein ansehnlicher und gedeihlicher geworden ist.

Betrachten wir nun die altbayerische Kehrseite:

Da ist das Stillen lange, lange Zeit aus der Mode gekommen; die Nachteile der künstlichen Ernährung machen sich überall geltend; wo eine fürsorgliche anhaltende Pflege, eine engere Verbindung von Mutter und Kind — innig kann man sie nur bei der Stillenden nennen — bestand und besteht, da greifen die Schäden weniger tief. Wo sich auch dieses Band noch lockert, wo die harte körperliche Arbeit auch das Weib, die Mutter nicht verschont, wo aufreibende tagtägliche Mithilfe in Haus und Hof die Frau belastet, hält der Tod schreckliche Beute. Die Eheleute wünschen Kinder, sie sind in keiner Weise lästig, sie bedürfen ihrer. Nach kürzester Frist, nach wenig Tagen und Wochen machen aber die Neugeborenen keine Unruhe und keine Sorge mehr, sie sind tot. Nach kürzester Frist ist dann zwar die Frau wieder guter Hoffnung, die Geburten lassen an Häufigkeit nichts zu wünschen übrig, aber der Aufwuchs bleibt sowohl in Quantität als in Qualität zurück.

1880:	29,7	1900:	27,8
1885:	28,5	1905:	24,1
1890:	27,4	1910:	20,2
1895:	27,7		

Es ist dieser Abfall nahezu gleichmäßig dem Abfall der allgemeinen Sterblichkeit, denn diese betrug:

1880: 30,1 dagegen die Kindersterblichkeit: 29,7
1910: 20,0 „ „ „ 20,2

Die Säuglingssterblichkeit Oberbayerns sank wie folgt:

1880:	38,8	1900:	33,9
1885:	34,6	1905:	26,5
1890:	32,9	1910:	19,7
1895:	34,1		

Sie ist sonach etwas erheblicher gesunken, wie die allgemeine Sterblichkeit in Oberbayern, denn diese betrug:

1880: 35,5 dagegen die Kindersterblichkeit: 38,8
1910: 19,7 „ „ „ 19,7

Auch hier kommen die Verhältnisse Münchens sehr in Betracht. Im Jahre 1910 betrug die Säuglingssterblichkeit in München nur 16,9 %; für Oberbayern mit Ausschluß Münchens dagegen 21,5, also eine Zahl, die noch über dem bayerischen Durchschnitt steht. Legt man diese Zahl zugrunde, so zeigt sich wieder annähernd die gleiche Abnahme, wie bei der allgemeinen oberbayerischen Sterblichkeit.

Der Aufwuchs, eine gewichtige Zahl, bedeutet, in welcher Höhe der Nachwuchs das erste Lebensjahr überdauert und eigentlicher Aufwuchs geworden ist. Dieser Aufwuchs betrug für:

Lebendgeborene auf 100 Einwohner.		Kindersterblichkeit.	Aufwuchs.
Bayern:			
1880:	4,0	29,7	2,8
1885:	3,8	28,5	2,6
1890:	3,5	27,4	2,4
1895:	3,6	27,7	2,6
1900:	3,7	27,8	2,7
1905:	3,6	24,1	2,7
1910:	3,2	20,2	2,6
Oberbayern:			
1880:	4,0	38,8	2,5
1885:	3,8	34,6	2,5
1890:	3,7	32,9	2,5
1895:	3,7	34,1	2,4
1900:	3,7	33,9	2,4
1905:	3,4	26,5	2,5
1910:	3,0	19,7	2,4

Man könnte sich bei diesen Zahlen beruhigen. Eine wesentliche Abnahme des Aufwuchses ist im Lande Oberbayern nicht zu verzeichnen, um so weniger, als die Stadt München die Schuld an der in den jüngsten Jahren abnehmenden Zahl trifft. In den Jahren 1905—10 berechnen sich obige Zahlen für:

München 2,7 : 19,6, also 2,2 Aufwuchs.
Oberbayern Land 3,5 : 24,9, also 2,6 „

Dabei ist für München ähnlich wie bei anderen Großstädten

und Verkehrszentren bedenklich, daß die Geburtenzahl in den letzten Jahren rasch sinkt.

Bezüglich des Aufwuchses ist Oberbayern seit Jahrzehnten im Rückstande gegen alle anderen bayerischen Regierungsbezirke, nur Schwaben verhält sich um ein geringes ungünstiger. Schwaben hat in der Kindersterblichkeit und den bisher geschilderten Verhältnissen die größte Ähnlichkeit mit Oberbayern. Die geographische Lage, (das Gebirge im Süden, die Hochebene nach Norden), die Erwerbsverhältnisse, die Sitten sind gleichfalls am ähnlichsten.

Die Pfalz zeigt die besten Verhältnisse, zugleich eine stattliche Geburtenzahl und eine geringe Sterbeziffer.

Man hat in neuerer Zeit dem Zusammenhang und der Wechselwirkung von Geburtenhäufigkeit und Kindersterblichkeit besondere Beachtung gewidmet; es ist in der Tat dieses Verhältnis von einschneidender Bedeutung. Gehen wir vom natürlichen aus:

In weiten Gauen pflegt der Landbebauer seine Scholle, angewiesen auf die Seinigen, die ihm die wertvollsten Ehehalten sind, angewiesen auf eine große Familie und eine Sippe, mit der vereint er die Sorgen des Lebens leichter trägt, in gegenseitiger Hilfeleistung, glücklich über jeden Zuwachs seiner Genossenschaft. Die Eheleute kennen die Wichtigkeit ihrer Aufzucht; die Mutter erfüllt ganz und freudig ihre Pflichten, nährt, pflegt und hegt den Säugling nach ihren besten Kräften, Willen und Wissen. Eine natürliche Folge dieser guten alten Sitte ist eine gewisse Beschränkung der Kinderzahl, wie wir sie auch in unserem engeren Vaterlande da erblicken, wo die natürliche Ernährung die Hauptrolle spielt (Rheinpflalz, Franken). Dort erreicht die Geburtenzahl seit Jahrzehnten nicht die Höhe des altbayerischen Landvolkes, noch viel weniger aber die Sterblichkeitsziffer der Kinder, so daß der Aufwuchs beständig ein ansehnlicher und gedeihlicher geworden ist.

Betrachten wir nun die altbayerische Kehrseite:

Da ist das Stillen lange, lange Zeit aus der Mode gekommen; die Nachteile der künstlichen Ernährung machen sich überall geltend; wo eine fürsorgliche anhaltende Pflege, eine engere Verbindung von Mutter und Kind — innig kann man sie nur bei der Stillenden nennen — bestand und besteht, da greifen die Schäden weniger tief. Wo sich auch dieses Band noch lockert, wo die harte körperliche Arbeit auch das Weib, die Mutter nicht verschont, wo aufreibende tagtägliche Mithilfe in Haus und Hof die Frau belastet, hält der Tod schreckliche Beute. Die Eheleute wünschen Kinder, sie sind in keiner Weise lästig, sie bedürfen ihrer. Nach kürzester Frist, nach wenig Tagen und Wochen machen aber die Neugeborenen keine Unruhe und keine Sorge mehr, sie sind tot. Nach kürzester Frist ist dann zwar die Frau wieder guter Hoffnung, die Geburten lassen an Häufigkeit nichts zu wünschen übrig, aber der Aufwuchs bleibt sowohl in Quantität als in Qualität zurück.

Nicht unbeteiligt an der Geburtenhäufigkeit erscheint auch bei uns die Eigenart der Rasse. Das Gebirgsvolk ist im allgemeinen weniger fruchtbar, während gewisse Landstriche Oberbayerns große Fruchtbarkeit aufweisen.

Als Amtsarzt in Freising fand ich bei Erstattung des Jahresberichtes 1903 in den Hebammentabellen eine 20 Gebärende, drei 19 Gebärende, sechs 18 Gebärende, eine 17 Gebärende, sieben 16 Gebärende und neun 15 Gebärende. Auf die 27 Meistgebärenden trafen im Durchschnitt fast 17 Geburten, gewiß keine schlechte Leistungsfähigkeit. Besonders fruchtbar fand ich die flachshaarige Rasse im Glonntal.

Nicht ausschalten möchte ich die Einwirkung des Klimas auf Gesundheit und Sterblichkeit der Kinder, wir werden auch dessen Einflüsse würdigen müssen. Das schwache Kind reagiert auf die geringsten Schädlichkeiten, seine Widerstandsfähigkeit ist ganz ungenügend gegenüber der rauhen und rohen Außenwelt. Es bedarf verständnisvoller Wartung und Pflege, es bedarf der Sauberkeit, (Saluber, sauber ist heilbringend, gesund), der Reinlichkeit des eigenen Körpers wie seiner Umgebung, und wie die junge Pflanze Luft und Licht zum Gedeihen.

Um das alles bieten zu können, alles was zur leiblichen und geistigen Wohlfahrt der Familie bis ins jüngste und kleinste Glied förderlich ist, braucht man Bildung, im Fremdwort Kultur genannt; der Schößling und Sprößling braucht den Segen der Kultur. Die Säuglingssterblichkeit ist somit ein genauer Kulturmesser.

Hier stehen wir aber am Wendepunkt!

Einerseits verweichlicht die Kultur und artet aus in Luxus und Übermaß des Sinnlichen; anderseits erzeugt sie im gewaltigen Kampf ums Dasein die Anspannung der Geistes- und Körperkräfte bis zur äußersten Konkurrenz, Überfüllung, schafft dichte Verkehrszentren von immer wachsender Ausdehnung, von lebendigen und leblosen Arbeitsmaschinen, erschwert die Lebensbedingungen des einzelnen und noch mehr der Familie. Alles lenkt vom natürlichen Gesunden ab und schafft künstliche ungesunde Zustände. Der Ehestand, die Gründung von Haus und Herd, wird vielen unmöglich gemacht, und im Ehestand wird jeder Nachwuchs mit Angst und Sorge betrachtet, der neue Opfer und Entbehrungen erheischt. Die Auswüchse der Kultur hindern und vermindern die gedeihliche Fortpflanzung des menschlichen Geschlechtes, und wenn auch Hungersnot und Pest schwinden, wenn unter weiser Fürsorge von Staat und Gemeinden für das Volkswohl Leistungen entstanden sind, wie niemals zuvor, so sinkt doch die Geburtenzahl in ungewollter und in gewollter Unfruchtbarkeit von Jahr zu Jahr; bereits zehrt die letztere am Marke des Volkes.

Was ich in kurzen Umrissen gezeichnet habe, können wir im lebendigen Bilde schauen in der Provinz und in der Hauptstadt. Klar ersichtlich ist, daß das Heil, die Gesundung des Volkes, die reichliche kräftige Aufzucht und Nachkommenschaft

ideal beruht in der Rückkehr zu den natürlichen Lebensverhältnissen unter Festhaltung und Nutzbarmachung aller Errungenschaften, die uns Gesittung, Bildung und Gesundheitspflege geboten haben. Wenn wir uns nun dem engeren Kreise Oberbayerns zuwenden, so dürfen wir nicht ganz außer acht lassen, daß die politische Einteilung eine künstliche Bildung ist. Auch im Land Oberbayern treten verschiedene Verhältnisse auf, die ungleiche Ergebnisse zeitigen. Immerhin haben wir im wesentlichen einen gleichen, seit mehr wie tausend Jahren verschmolzenen Volksstamm.

Blicken wir auf den Zeitraum der letzten 32 Jahre (von 1878—1910) zurück, so gewahren wir, daß in allen Distrikten ohne Ausnahme die Säuglingssterblichkeit, der Prozentsatz der im ersten Lebensjahr Verstorbenen von den Lebendgeborenen, erheblich zurückgegangen ist. Bilden wir eine Reihe nach der Säuglingssterblichkeit des letzten Lustrums 1906—1910, beginnend mit der niedersten Sterblichkeitsziffer, so ergeben sich in Oberbayern folgende Zahlenreihen für die:

a. Städte:

	von 1906—1910	1878—1885	demnach eine Abnahme von
Traunstein:	15,6	28,2	45 °/o
München:	19,4	34,8	44 „
Rosenheim:	19,7	29,7	34 „
Landsberg:	22,0	35,8	38 „
Ingolstadt:	26,1	40,9	36 „
Freising:	31,6	46,8	32 „

b. Bezirksämter:

Tölz:	16,5	23,9	31 „
Garmisch:	16,8	27,8	38 „
Berchtesgaden:	17,3	25,1	31 „
Rosenheim:	17,9	28,2	37 „
Weilheim:	18,4	28,1	35 „
Traunstein:	18,5	29,0	36 „
Miesbach:	18,9	24,4	23 „
Schongau:	19,5	34,6	44 „
Laufen:	19,8	29,7	33 „
Wasserburg:	21,5	34,6	38 „
Landsberg:	24,8	37,8	34 „
Ebersberg:	24,9	38,7	36 „
Altötting:	25,3	34,4	26 „
Mühldorf:	25,0	35,0	28 „
Aichach:	28,1	39,6	29 „
Freising:	28,6	39,4	27 „
Bruck:	29,9	40,8	27 „
Erding:	30,7	39,8	23 „
Dachau:	31,1	39,1	20,5 „
München:	31,8	44,6	29 „
Schrobenhausen:	32,9	43,1	28 „
Pfaffenhofen:	33,1	45,0	26 „
Ingolstadt:	35,3	46,4	24 „
Friedberg:	35,7	43,9	19 „

Die Bezirke der höchsten Säuglingssterblichkeit zeigen demnach die geringste prozentuale Abnahme.

Die Geburtenhäufigkeit bewegt sich annähernd in

der umgekehrten Reihenfolge, so daß Aemter wie Ingolstadt, Friedberg, Pfaffenhofen, Schrobenhausen mit höchsten, Tölz, Garmisch, Berchtesgaden mit niedersten Verhältniszahlen der Lebendgeborenen verzeichnet sind. Der Aufwuchs der Städte ist im allgemeinen geringer, wie der des platten Landes. Bedeutende Unterschiede bestehen nicht. Die Geburtenhäufigkeit wirkt ausgleichend.

Aus den Zusammenstellungen ersehen wir: Die Säuglingssterblichkeit wird auffallend höher, je weiter wir in Oberbayern in die Hochebene, gegen Norden dringen; am günstigsten steht es im Alpen- und Voralpenland.

Wir müssen die große Sterblichkeit der Kinder auch bei hoher Geburtenzahl als ein Uebel auffassen, das durch Vernichtung hoher Werte, durch Schwächung und Belastung des weiblichen Organismus, auf dessen Lebenskraft das Heil der Zukunft beruht, am Marke des Volkes zehrt, ein Uebel, das wir um so ernster bekämpfen müssen, als in unseren Kulturstaaten die Geburtenziffer mehr und mehr sinkt.

Glücklicherweise hat man die verhängnisvolle Ansicht verlassen, daß durch die Säuglingssterblichkeit eine natürliche Auswahl und Zucht, eine Reinigung des Menschengeschlechtes vor sich gehe. Es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß es im allgemeinen eine Ausmerzung des Krankhaften bedeuten würde, wenn die angeborene Schwächlichkeit minderwertigen Menschenmaterials den ersten Anstürmen der Außenwelt erliegt. Auf unsere Verhältnisse im besonderen läßt sich dies nicht anwenden; (diese natürliche Auslese spielt hier keine wesentliche Rolle). Erstens ist die Sterblichkeit überhaupt eine zu hohe, vornehmlich durch Unterlassung der natürlichen Ernährung. Anderseits müssen es auch durchaus nicht die von der Natur Schwächeren sein, die einer schlechten, unverständigen Pflege erliegen. Tausende, die nicht gestorben sind, sind im Innersten geschädigt und schleppen ein schwächliches Dasein fort; sie vererben Krankheit und Siechtum auf die Nachkommenschaft. Wenn durch eine große Säuglingssterblichkeit eine reinigende Auslese bewirkt würde, müßten sich die Lebendgebliebenen durch eine größere Widerstandskraft auszeichnen. Man hat aber nachgewiesen, daß die Sterblichkeit auch im zweiten Lebensjahr beträchtlicher wurde, wenn im Jahre vorher in einem Bezirke größere Säuglingssterblichkeit herrschte. Auch Roese und Hahns Untersuchungen haben ergeben, daß im allgemeinen einer niedrigen Säuglingssterblichkeit eine höhere Militärtauglichkeit entspricht.

Die Stillverhältnisse spielen bei diesen Unterschieden in der Säuglingssterblichkeit der einzelnen Bezirke Oberbayerns keine wesentliche Rolle. Leider haben wir keine verlässigen und vollständigen statistischen Erhebungen über die Ernährung an der Mutterbrust. Soviel wir aus den von Groth angeregten und bearbeiteten Erhebungen entnehmen können, ist das Stillgeschäft überall flau, und dort, wo Berechnungen ergaben, daß

über ein Drittel der Säuglinge an der Mutterbrust ernährt wird, zeigt sich die Dauer dieser Ernährung so kurz, daß gar kein Vergleich mit den Landstrichen gezogen werden kann, in welchen das Stillen heimisch ist. Es ist ja der Fluch, daß dort, wo selten, auch nur kurze Zeit gestillt wird. Die Brusternährung ist in Oberbayern bisher noch eine außerordentlich geringe; weitaus die Mehrzahl der Kinder entbehrt die Mutterbrust ganz; die Aemter, die eine niedrigere Säuglingssterblichkeit haben, sind aber nicht durch ein häufiges Stillgeschäft ausgezeichnet.

Graßls eingehende und verdienstliche Studien über die sozialen Ursachen der Kindersterblichkeit in Bayern begründen den Zusammenhang von größerem Grundbesitz und von Körperbau mit der größeren Mortalität und weisen darauf hin, daß der engere Verkehr von Mutter und Kind, dort wo die Mutter mehr Zeit und Gelegenheit hat, sich um das Kind anzunehmen, von ausschlaggebender Bedeutung ist. Ich habe gleichfalls wiederholt in Vorträgen auf dieses Moment verwiesen und die bessere Lage der Kinder in unseren Alpendistrikten damit in Zusammenhang gebracht.

Wer möchte verkennen, daß der Mutterschutz vor und nach der Geburt ausschlaggebend ist?

Es sind aber auch andere Faktoren von großer Wichtigkeit. Die klimatischen Verhältnisse sind nicht zu unterschätzen und — eine Abnahme der Kindersterblichkeit tritt in Bayern überall zutage, dort wo Viehzucht und Alpenwirtschaft, dort wo Ackerbau und Kleingewerbe betrieben wird. Ich möchte nur auf ein Beispiel außerhalb Oberbayerns, auf den Weberdistrikt von Münchberg verweisen, eine seit Jahrhunderten arme Gegend mit kleiner Hausindustrie, ohne Grundbesitz von Bedeutung; die Ernährung an der Mutterbrust ist allgemein; die hierdurch bedingte niedere Kindersterblichkeit, die vor 50 Jahren nur 18 % betrug (so günstig ist sie heutzutage nur in den glücklichsten Gegenden Oberbayerns), ist im letzten Jahrzehnt noch um die Hälfte (unter zehn Prozent) gesunken.

Die Lebensbedingungen sind allenthalben bessere geworden, das müssen wir uns bei diesen Betrachtungen recht vor Augen führen. Die Besserung der Lebenshaltung, welche in großstädtischen Kreisen in den das Volkswohl schädigenden Luxus ausartet, hat im großen und ganzen viel Gutes bewirkt. Jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert, und es ist ein Segen, daß die vermeintliche gute alte Zeit mit Not und Entbehrungen längst überwunden ist.

Unser Bauernstand, der in früheren Zeitläufen kaum ein Jahrzehnt von der Kriegsfurie, von Mißwachs und Elend verschont blieb, blüht auf, und kein Knecht lebt in unseren Tagen mehr so ärmlich, wie früher der Bauer. Mit einer verständigen Lebsucht wächst auch der Sinn für Wohnung und Umgebung. Mit dem Schwinden der kümmerlichen Sorgen um das tägliche Brot ist das Interesse an dem Gemeinwesen, an Gemeindeangelegenheiten, an gemeinnützigen Maßregeln wachgeworden

zur Sicherung des Wohlstandes. Wo der Bauer mit der Zeit geht, geht er vorwärts. Dort, wo Gleichgiltigkeit und Stumpfsinn, Unreinlichkeit und Vorurteil herrscht, gedeiht nichts.

Ich möchte an dieser Stelle eines Indikators erwähnen, der auch eine kulturelle Bedeutung besitzt. Weit entfernt, unsere Ars medica anzupreisen und zu überschätzen, halte ich es für kein zufälliges Zusammentreffen, daß wie in Oberbayern auch die Säuglingssterblichkeit dort am geringsten zu sein pflegt, wo die ärztliche Behandlung der Bevölkerung am höchsten steht. Ich habe aus dem Generalsanitätsbericht für das Königreich Bayern die Ergebnisse einer 16jährigen Beobachtungszeit niedergelegt (1884—1900); neuere stehen im Generalbericht nicht mehr verzeichnet, es besteht eine merkwürdige Parallele in dem obengenannten Sinn. Während von den unmittelbaren Städten Ingolstadt weitaus die geringste Zahl in ärztlicher Behandlung Verstorbener aufweist, ist es auf dem Lande wiederum Ingolstadt mit nur 27 % durchschnittlich in ärztlicher Behandlung Verstorbener; est folgen die Bezirksämter:

Schrobenhausen mit 33 %	Aichach mit 51 %
Pfaffenhofen „ 33 „	Dachau „ 56 „

Freising mit 57 %.

Dagegen weisen wesentlich günstigere Ziffern auf die Bezirksämter:

Garmisch mit 76 %	Berchtesgaden mit 80 %
Landsberg „ 79 „	Weilheim 85 „

Tölz mit 88 %.

Blicken wir in den ärztlichen Schematismus, so sehen wir, daß bis heute in den südlichen Gegenden Oberbayerns eine beträchtlichere Zahl von Aerzten sich niederlassen können und ihr Auskommen finden. Wieviel Verderben bringt das Pfuschertum. Alles was Bildung, Selbstzucht und Verständnis fördert, macht stark und gesund; Unwissenheit, Trägheit und Uebermaß führten zu Schwäche und Ohnmacht.

Wir kommen noch zu einer wichtigen Betrachtung. Die Jahressterblichkeit der bayerischen Säuglinge im Durchschnitt von 15 Jahren war in den Lebensmonaten:

1891—1900:		1901—1905:	
1:	10,0	1:	8,6
2:	3,2	2:	3,3
3:	2,6	3:	2,7
4:	2,1	4:	2,1
5:	1,7	5:	1,7
6:	1,3	6:	1,3
7:	1,2	7:	1,2
8:	0,9	8:	1,0
9:	0,9	9:	0,9
10:	0,9	10:	0,9
11:	0,7	11:	0,7
12:	0,7 = 26,2	12:	0,6 = 25,0

Aus der Zusammenstellung von 1891—05 ergibt sich, daß sich die Besserung der Säuglingssterblichkeitsverhältnisse nicht nur auf das erste Lebensquartal, sondern auf den ersten Lebensmonat beschränkt.

Auf das erste Vierteljahr treffen 60 %, auf den ersten Lebensmonat 36 % aller Säuglingstodesfälle.

Die bayerischen Amtsbezirke nach dem Grade der Kindersterblichkeit betrachtet, zeigen nach einer älteren Beobachtung der 80iger Jahre, daß von den verstorbenen Kindern entfallen bei einer Kinder-Jahressterblichkeit:

	auf das 1. Halbjahr:	das 1. Vierteljahr:	den 1. Monat:
über 20 %:	73 %	52 %	34 %
von 20—30 %:	75 „	56 „	36 „
von 30—40 %:	80 „	62 „	40 „
über 40 %:	82 „	65 „	42 „

Je höher also die Sterblichkeit, desto mehr Todesfälle treffen auch prozentual auf die erste Lebenszeit.

Nach einer Zusammenstellung der achtziger Jahre treffen bei den mit über 40 % Säuglingssterblichkeit belasteten oberbayerischen Aemtern Dachau, Ingolstadt, Pfaffenhofen, Schrobenhausen über 40 % der kindlichen Todesfälle auf den ersten Lebensmonat.

Aber auch in fränkischen Bezirken mit geringer Kindersterblichkeit (14—18 %) Bayreuth, Ebermannstadt, Münchberg, Stadtsteinach entfallen auf den ersten Lebensmonat über 40 % der kindlichen Todesfälle, während in der Pfalz bei einer Kindersterblichkeit unter 20 % (Frankenthal, Germersheim, Kaiserslautern, Landau, Kusel) die Sterblichkeit des ersten Lebensmonats sich zwischen 22 und 30 % bewegte.

Allerdings werden in der Pfalz mehr Totgeburten gezählt. In der Zeit dieser statistischen Aufstellung — vielleicht ist es auch jetzt noch so — wurden in Altbayern nur zu häufig nach künstlichen und natürlichen Geburten bei totgeborenen Kindern ein Viertel oder eine halbe Stunde Lebenszeit auf dem Leichenschauschein angegeben und hierdurch natürlich die Totenliste der ersten Lebenstage belastet. Man sah es auch aus religiösen Gründen nicht gern, wenn das Kind als totgeboren registriert wurde. Der erwähnte Unterschied von Franken und Pfalz kann wohl nicht von der verschiedenen Nahrungsweise herrühren. Hier wie dort wird gestillt; aber die armen fränkischen Gegenden mit rauhem Klima und schwächeren Frauen sind in der Lebensenergie im Nachteile. Das gleicht jedoch im weiteren Verlaufe des Säuglingsjahres die natürliche Ernährung aus, während die Pfalz durch schädliche Einflüsse die späteren Lebensmonate mehr gefährdet. Um diese Einflüsse genauer kennen zu lernen, müßte man auf die Sterblichkeit der Jahreszeiten mehr Rücksicht nehmen und gründlicher auf die Sache eingehen. Einen schädlichen Einfluß wird besonders in den pfälzischen Niederungen der Sommer ausüben.

Von Interesse ist auch das Ergebnis einer Zusammenstellung der Säuglingssterblichkeit der ehelichen und unehelichen Kinder im Königreich Bayern für den Zeitraum von 1880—1908, also über 25 Jahre. Danach ist diese bei den ehelich Geborenen von 26,4 im Jahrzehnt 1880—1890 auf 22,5 %, im Jahrfünft 1903—1908, bei unehelich Geborenen von 35,3 %

auf 31,2% zurückgegangen. Von 100 im 1. Lebensjahre verstorbenen ehelichen Kindern starben während des erstgenannten Jahrzehntes 38,4%, im letztgenannten Jahrfünft 34,0% im ersten Lebensmonat; von den unehelichen in den gleichen Zeiträumen 39,7 und 36%; es ereignet sich demnach sowohl bei ehelichen als unehelichen Kindern ein gutes Dritteil aller Todesfälle im ersten Lebensmonat. Betrachten wir aber den ersten Lebensmonat selbst nach den drei Dekaden des ersten bis elften, des elften bis einundzwanzigsten, des einundzwanzigsten bis letzten Monatstages, so ergibt sich, daß entfallen für die Jahre:

		von den *ehelichen* Kindern	*unehelichen* Kindern
1880—90:	auf die erste Dekade	17,0%	14,5%
1903—08:	„ „ „ „	17,6 „	15,7 „
1880—90:	„ „ zweite „	13,9 „	16,0 „
1903—08:	„ „ „ „	10,0 „	12,1 „
1880—90:	„ „ dritte „	7,5 „	9,2 „
1903—08:	„ „ „ „	6,4 „	8,2 „

Bei den *ehelichen* Kindern trifft sonach auf die erste Dekade eine ganz geringe Zunahme; auf die zweite Dekade eine Minderung von 28%, auf die dritte Dekade eine Minderung von 15%, während bei den *unehelichen* Kindern eine etwas stärkere Zunahme in der ersten Dekade und eine größere Abnahme (um 24%) in der zweiten Dekade des ersten Lebensmonats bemerkbar ist. In der zweiten Dekade ist sonach beiderseits eine wesentliche Besserung eingetreten, auf die hauptsächlich die Verminderung der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist.

Wenn wir ferner aus den Erhebungen der Sterblichkeit im ersten Lebensmonate ersehen, daß prozentual bei den ehelich Geborenen auf die erste Dekade etwa 17, bei den unehelichen nur 15 Todesfälle, auf die zweite und dritte Dekade bei den ehelichen etwa 19, bei den unehelichen dagegen 23 Todesfälle treffen, so schließen wir, daß die unehelich Geborenen kräftiger zur Welt kommen, dagegen der richtigen Aufzucht, Ernährung und Pflege weniger teilhaftig werden, wie die ehelichen. Die größere Sterblichkeit der unehelichen Kinder entspringt den gleichen Verhältnissen, wie bei denjenigen ehelichen, um die man sich zu wenig kümmert. Das stimmt mit der Erfahrung.

Bedeutungsvoll sind dabei die Schlüsse und Folgerungen, die wir ziehen müssen aus der Tatsache, daß ein Drittel aller Säuglingstodesfälle schon auf den ersten Lebensmonat fällt und gegen ein Fünftel schon auf die ersten Lebenstage. Wie viele von unseren Maßnahmen in Säuglings- und Kostkinderfürsorge kommen zu spät. Die erste Dekade des Lebens ist die Zeit des Neugeborenen, eine kurze aber schwierige Periode der Trennung des Kindes vom mütterlichen Organismus. Da ist es die Lebensschwäche, welche die meisten Opfer fordert, am zahlreichsten dort, wo Mutter und Kind zugleich geschwächt sind. Doppelt und dreifach reagiert das zarte Kind auf alle Schädlichkeiten; wenn ihm nicht Hilfe kommt, erlahmen die Kräfte. Diese Hilfe ist in allererster Linie die Lebenskraft der *Muttermilch*. Alle künstliche Ernährung läßt die natürliche Widerstandskraft

des Organismus nicht zur vollen Entfaltung gelangen. Wo diese Hilfe mangelt, da rächt es sich in der 2. Dekade und späterhin. Moralisch und physisch ist der Schaden groß; der echten Mutterschaft entfremdet sich mit dem leiblichen und geistigen Fühlen die Mutter, die ihr Kind nicht zum Säugling macht.

Wir stehen in Bayern hinsichtlich der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit immer noch in den Anfängen, in bezug auf die Säuglingssterblichkeit leider immer noch am höchsten im Deutschen Reiche. Auch fremde Staaten sind uns weit voraus, wenn auch die Statistik hier mitunter auf sehr ungleichen Erhebungen beruht. Wie Ewald anführt, muß z. B. in England eine Geburt erst im Laufe von 8 Wochen angemeldet werden, ein neugeborenes Kind, das vor diesem Termin stirbt, figuriert nicht. Da kann man wohl glänzende Statistik machen. Rußland übertrifft unsere Säuglingssterblichkeit ganz beträchtlich, Italien und besonders die nordischen skandinavischen Staaten zeigen dagegen weit günstigere Verhältnisse.

Mit allen Mitteln müssen wir somit erstreben, die Säuglingssterblichkeit aufs äußerste zu beschränken und die Geburtenziffer auf der Höhe zu erhalten, die unser Volkswohl und unsere Volkskraft bis in die fernste Zukunft sichert.

B. Die Mittel und die Organe der Säuglingsfürsorge.

In den Erzählungen aus Tausend und eine Nacht, in der Geschichte Allah Eddings lesen wir: „Jasmin gebar einen Sohn, schön wie der Mond .... Sie säugte ihn 2½ Jahre lang, dann entwöhnte sie ihn und ließ ihn im Hause herumlaufen“ —, und an einer anderen Stelle derselben Geschichte: „Das neugeborene Kind wurde den Ammen übergeben und 2½ Jahre gesäugt. Nach dieser Zeit, als es schon laufen konnte, wurde es entwöhnt.“ Derlei Begebenheiten muten uns an wie aus der Märchenwelt; nach altbayerischen Gepflogenheiten scheinen sie auch ein Märchen zu sein, und doch sind diese Sitten in Wahrheit den orientalischen Völkern eigen.

Es ist keineswegs ein Phantasiestück, wenn man zum Wohle der Menschheit die Einführung eines Gesetzes verlangen wollte, das eine gesunde Mutter zum Stillen ihres Kindes verpflichtet, das jedes neugeborene Kind zum Säugling zu machen befiehlt. Wir haben derlei altreligiöse Vorschriften im Orient und bei einer Reihe alter Kulturvölker; auch das preußische Landrecht hatte noch eine ähnliche Bestimmung. In norddeutschen Gegenden ist, wie Kenner berichten, das Stillen vielfach erst im 19. Jahrhundert zurückgegangen und damit auch die Sterblichkeit der Kinder gestiegen. Erst in den letzten 30 Jahren ist nach statistischen Berechnungen die Kindersterblichkeit in Preußen wieder gesunken, in den Städten von 21,1 auf 18,1, in den Landgemeinden von 18,3 auf 17,8 %.

Unser altbayerisches Volk hat sich des Stillens leider seit langer Zeit entwöhnt. Schon im 15. Jahrhundert legte, wie

Ziegenspeck berichtet, in den Passionen und Weihnachtsspielen oberbayerischer Bauern die Mutter Gottes das Christkind nicht mehr an die Brust, sondern kochte ihm ein Mus. Zum Teil Not und harte Arbeit, zum Teil auch Gleichgiltigkeit, Stumpfsinn, Bequemlichkeit haben da mitgewirkt, zum geringsten Teil Unfähigkeit zum Stillen. Wenn man auch unter gewöhnlichen Umständen keine so außerordentlich günstigen Ergebnisse wie in sachverständig geleiteten Anstalten erzielen kann, so steht doch fest, daß die Brüste unserer Frauen heute noch unvermindert stillfähig sind und daß da, wo man es sich angelegen sein läßt, der Versuch in der Regel gelingt. Ausnahmen gibt es ja; der Prozentsatz der säugenden Mütter in manchen Landstrichen unseres engeren Vaterlandes bestätigt aber vollkommen die Regel.

Ueberall und ausnahmslos ist dort, wo das Stillen die Regel ist, die Kindersterblichkeit gering. Nahezu alle Schädlichkeiten und Fährlichkeiten des Säuglingsalters gleicht das Stillen aus, es gibt die alleinige Gewähr für den richtigen Aufwuchs.

In den letzten Jahrzehnten haben die sogenannten Verbesserungen der künstlichen Ernährung, begünstigt und gehoben durch die Posaune der Reklame, die Kindermehle, die künstlichen Mischungen und Nahrungen, die Lage dadurch verschlimmert, daß sie noch mehr vom Stillen abhielten; dazu halfen auch die Koch- und Sterilisierapparate trotz ihrer nachgewiesenen Vorteile und guten Seiten, gerade bei den sogenannten besseren Leuten.

Seiffert zeigte durch Versuche, daß die Schutzstoffe gegen Krankheiten, welche die rohe Milch enthält, durch Aufkochen zu Grunde gehen; er weist auch darauf hin, daß alle mit sterilisierter oder sonst denaturierter Milch genährte Kinder neben der häufigen Blässe auch etwas Dickes, Aufgeschwemmtes in ihrem Habitus besitzen. Man kann die künstliche Nahrung, insbesondere die Milch, mit nichts der Muttermilch gleichartig gestalten. Bei der besten künstlichen Milchbereitung überladen wir gewöhnlich schon von Anfang an das Kind und belasten es mit einer größeren Flüssigkeitsmenge.

Als auf dem Lande durch Verbesserung der Mühleinrichtungen, durch die Kunstmühlen, das Mehl feiner dargestellt werden konnte, bedeutete das einen relativen Fortschritt; das Mehl wurde verdaulicher, für schwache Mägen, für Kinder bekömmlicher. Auch das Sterilisieren hat, besonders zur Sommerzeit, manche Schädlichkeiten beseitigt! aber was bedeutet das alles im Vergleich zur natürlichen Ernährung!

Die Muttermilch braucht kein Haltbarmachen, braucht keine Veränderung durch Kochen und Zubereiten, die Mutterbrust bringt dem im Mutterleib gehegten und gepflegten Kind über die Geburt hinaus mit dem edelsten Nahrungssafte der Natur die volle Schutzkraft für das künftige Leben. Es gibt im Grunde

genommen keine billigere und leichter zu beschaffende Nahrung. Das Stillen hat aber auch für die Mutter außerordentliche Vorzüge: Wie ungestört verläuft das Wochenbett beim Stillen. Man braucht nicht um das Milchfieber, um die Stauung in den Brüsten besorgt zu sein; alles geht naturgemäß. Der mütterliche Organismus fühlt sich wohl und frei; das Kind ist ruhig und zufrieden, es gedeiht. — Eine neue frühzeitige Schwangerschaft, die so oft an den Kräften der jungen Mutter zehrt, sie vorzeitig altern macht, tritt während des Stillens weit seltener ein; so erhält das Stillen Jugendkraft und Schönheit. Das Stillen verhindert den Raubbau am mütterlichen Organismus, der durch zu häufige Schwangerschaft und gehäufte Vernichtung der Frucht, durch erschreckende Kindersterblichkeit Rasse und Volk schwächt. Die Rückbildung der Geschlechtsorgane wird durch das Stillen in günstiger Weise beeinflußt; dadurch wird der Organismus gesunder und leistungsfähiger für spätere Geburten und Wochenbetten.

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß nach Groth's einwandfreien Erhebungen in den bayerischen Gegenden (Pfalz und Franken), in denen allgemein von den Frauen gestillt wird, deren Sterblichkeit an Krebs eine weit geringere ist als in den anderen Landstrichen.

Die Rachitis, die hauptsächlich durch die künstliche Nahrung hervorgerufen wird, macht das Kind für das Leben schwächlicher, schafft schlechten Knochenbau, schlechte Becken und wirkt wiederum geburterschwerend für die künftige junge Frau.

Die höhere Säuglingssterblichkeit des Hochsommers, die so bedeutend werden kann, daß sie den Ausschlag für das ganze Jahr gibt, hat auch ihren Hauptgrund in den schwierigen Ernährungsverhältnissen. Gerade die Ernährung an der Mutterbrust ist aber die sichere Bürgschaft gegen die Schädlichkeiten des Hochsommers wie der anderen Jahreszeiten. Das gilt hier zu Lande so gut wie im Norden und in der Großstadt. In der Reichshauptstadt Berlin zeigt sich die Sommersterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge bei der ärmeren Bevölkerung doppelt so groß wie bei den Wohlhabenden, während bei den Brustkindern kein wesentlicher Unterschied bemerkbar ist; denn wo die Mutterbrust gereicht wird, gleicht sich der Unterschied von Arm und Reich wieder aus.

Ueber die Art der künstlichen Ernährung, die leider nur zu oft geübt werden muß, über die vielen Mängel derselben, die aus Unverstand und schlimmen Gewohnheiten entsprießen, über die Unsitten ungesunden Wohnens, Hausens und Pflegens der Säuglinge, über Unglauben und Aberglauben in Altbayern kann ich mich heute nicht verbreiten. Wieviel Schaden rührt allein von der allgemein verbreiteten törichten Ansicht her, das Kind könne an der Mutterbrust nicht genug bekommen.

Alle diese Momente, auch die Einflüsse von Gegend und Klima, sind von höchster Bedeutung. Wir sollten ihnen Be-

achtung schenken und in jedem einzelnen Kreise nachgehen. Wir sollten warnen und belehren.

Ich komme jetzt zum Gebot des Mutterschutzes, des Mutterschutzes vor und nach der Geburt, ohne den es keinen richtigen Kinderschutz gibt.

Mit Recht sind in unseren Tagen energische Forderungen laut geworden, der arbeitenden Frau ausreichende Hilfe in Schwangerschaft und Wochenbett zu gewähren, den außerehelichen Müttern in Verlassenheit und Not beizustehen. Von Gesetzeswegen ist dieses soziale Bedürfnis anerkannt; es ist durch staatliche Versicherung Unterstüzung gewährt worden.

Mayet hat ausgesprochen: „Ohne die Mitversicherung der Angehörigen ist die deutsche Krankenversicherung eine gigantische Halbheit.“ Vom idealen Standpunkt hat er Recht; gewiß, wenn auch die Frauen der Arbeiter für alle Fälle versichert werden, wäre es großartig. Auch Naumann sagt begründend: „Wird in einem Volke die Mutterschaft schwach, so nützt alle übrige Kultur nichts mehr. Die Mütter sind das erobernde Element; das Sinken der Mütter ist der Niedergang an sich, der Sturz ins Greisenalter der Völker. Wir müssen alles tun, um die Mutterschaft ergiebig zu versichern; obligatorische Leistungen sollten Schwangernunterstützung und Wöchnerinnenunterstützung sein. Auch freie Gewähr der Hebammendienste und ärztlicher Hilfe. Endlich materielle Unterstützung Stillender und Kranker durch Geld und Hauspflege.“

Man muß gestehen, daß auch im deutschen Volk, wie bei dessen staatlichen Behörden volles Verständnis für diesen wichtigen Zweig der Fürsorge vorhanden ist. Hoffen wir, daß auch die Mittel, deren Beschaffung bei den großen Opfern der allgemeinen und allseitigen staatlichen Versicherung keine geringen Schwierigkeiten darbietet, immer reichlicher bereitgestellt werden können. In unseren europäischen Nachbarstaaten regen sich mächtige Bestrebungen für Mutterschaftsversicherung, die zum Teil schon zu gesetzlichen Bestimmungen geführt haben, wie in Ungarn, Italien und in der Schweiz.

Mayet wünscht unter die obligatorisch gesetzlichen Leistungen neben einem je sechswöchentlichen Tagegeld vor und nach der Entbindung noch regelmäßige wiederholte Stillprämien. Wenn solche allgemein gesetzlich eingeführt wären, so würde das gewiß von Bedeutung werden können. Die Bevölkerung der nichtstillenden Kreise wäre dabei im Nachteil; sie würde nahezu keine Prämien erhalten. Vielleicht käme dadurch etwas mehr Bewegung in die träge Masse. Schwierigkeiten könnte die Kontrolle der Stillenden bieten. Bedürftig sind übrigens auch die Wöchnerinnen, die wegen Krankheit nicht zu stillen vermögen.

Der gesetzlich zustehenden öffentlichen Leistung würde aber das Moment der ethischen Minderwertigkeit benommen werden, das mehr oder weniger der privaten Zuwendung und

der aus Vereins- und Wohltätigkeitsmitteln stammenden Prämiierung von Frauen anhaftet, die ihre Mutterpflicht auszuüben vermögen und willens sind. Man muß bei allen diesen Unterstützungen nach den örtlichen und persönlichen Verhältnissen unterscheiden. In städtischen Beratungsstellen hat man mit Stillprämien gemischte Erfahrungen gemacht. Wo es vorkommt, daß nach Einzug der Prämie das Kind nicht mehr gestillt wird, war es nie die rechte Liebe. Man sollte nicht von Prämien, von Belohnungen und Preisen sprechen. Die Unterstützungsbedürftigkeit und -Würdigkeit muß überall den Ausschlag geben. Dort, wo man etwas mit Stillprämien erreichen kann und erreicht hat, wird man auch dieses Mittel in Anwendung bringen. Man darf nichts versäumen, nichts unversucht lassen, um auf verschiedenen Wegen zum gemeinsamen Ziel zu gelangen.

Wir haben von Kontrolle gesprochen, von Ueberwachung, und das führt uns zum ersten Vollzugsorgan dieser Ueberwachung; das ist der Arzt, der vornehmste Berater des Volkes in Gesundheitspflege überhaupt.

Jahrzehntelang lag die Wohlfahrtspflege und Fürsorge in tiefem Schlummer. Mit der Bevölkerung kümmerte sich der ärztliche Stand im allgemeinen zu wenig um das Säuglingswesen, die Säuglingssterblichkeit. Es ist von akademischer Seite scharf betont worden, wie sehr der Unterricht in der Kinderheilkunde und im Säuglingswesen bisher an den deutschen Universitäten vernachlässigt oder auch oberflächlich behandelt wurde. Dazu, daß sich die Aerzte des Stillens, der natürlichen Ernährung unserer Säuglinge annehmen, hätte es keiner großen Gelehrsamkeit bedurft, auch keines großen Zeitaufwandes. Selbsterkenntnis ziemt auch dem ärztlichen Stande. Man ist gleich bereit mit der Erklärung, die Aerzte haben zu hygienischem Wirken wenig oder keine Zeit. Als berufene Hygieniker müssen sie dazu Zeit haben. Geht man tiefer ein, so handelt es sich oft um Dinge — ich nenne nur Säuglings- und Krankenfürsorge —, die den Arzt ganz und voll angehen, nicht viel Zeit in Anspruch nehmen, aber Verständnis und guten Willen. Die Aerzte müssen in dieser Richtung tätig sein zum Wohle des Volkes, zum eigenen Ansehen und im allgemeinen wie im einzelnen belehrend, erziehend wirken.

Der Amtsarzt hat sich von Amtswegen der Säuglingsfürsorge anzunehmen, nach seiner Dienstanweisung und darüber hinaus. Er soll den ganzen Stand der Wissenschaft und der Forschung kennen, allen Mutterschutz- und Säuglingsschutzbestrebungen mit Aufmerksamkeit folgen und sie für seinen Kreis zu verwerten trachten, dessen Verhältnisse und Bedürfnisse aufs genaueste wissen. Er muß Kenntnis nehmen, um Kenntnis zu geben. Um den Amtsarzt sollen sich die Aerzte sammeln; er muß stets mit Rat und Tat, mit Belehrung und Anordnung zur Stelle sein, das Ganze sammeln.

Die ärztlichen und amtsärztlichen Belehrungen können

mündlich und schriftlich geschehen, in Vereinen, durch Merkblätter, Vorträge, Nachschau. Der Arzt und der Amtsarzt muß eingreifen, wo er kann, in der Familie, am Krankenbett, im Verkehr mit dem niederen ärztlichen Personal und anregend bei der Behörde.

Der Amtsarzt insbesondere wirkt in engster Fühlung mit der Verwaltungs- und der Gemeindebehörde. Die Behörden müssen Schulter an Schulter kämpfen gegen Krankheit und Not, gegen sanitäre Mißstände und Mißbräuche. In den festgeschlossenen Bund gehört aber auch die Geistlichkeit, die Hirten des Volkes von der Wiege bis zum Grabe, gehört auch die Lehrerschaft, unter deren Regiment das junge Geschlecht der Zukunft heranwächst in Zucht und Sitte, in Bildung und Aufklärung. Geistliche und Lehrer bilden den Lehrstand, welcher in täglichem innigem Verkehr mit dem Nährstand dessen Freud und Leid teilt, dessen Leben veredelt.

Concordia parvae res crescunt!

Köbner hat in einem Vortrag über Frauenschulen an Döllinger erinnert, der vor fast 50 Jahren im bayerischen Landtag die Gleichgiltigkeit und Nachlässigkeit gerade unserer altbayerischen Mütter in bezug auf die richtige, natürliche Ernährung der Kinder tief beklagte und die Notwendigkeit betonte, daß der Staat, die Geistlichkeit und die Aerzte im Vereine dagegen ankämpfen müßten.

Gehet hin und lehret alle Völker!

Der Amtsarzt ist auch der Vorgesetzte, der Berater der Hebammen; damit kommen wir zu der ersten Etappe, die das weibliche Geschlecht in der Säuglingsfürsorge hat und haben muß.

Niemand und nichts kann in unseren Verhältnissen die Arbeit der Hebammen ersetzen. Die Förderung dieses Standes allein kann Prozente der Sterblichkeit herabmindern. Die Hebamme ist von Anfang an bei der Mutter, sie soll das Kind heben zum Tageslicht und im Sinne einer Amme es zum Säugling machen. Das spätere Schicksal des Kindes entscheidet sich in den ersten Tagen seines Lebens, in der Zeit, in der Tausende der Kleinsten der Lebensschwäche erliegen. Wie frisch und gesund kommt so ein Kind in den allermeisten Fällen zur Welt, wie verfallen und elend sieht es oft nach wenigen Tagen aus! (Jede Schädlichkeit wirkt mit doppelter und dreifacher Gewalt ein.) Stillen oder Nichtstillen ist meist gleichbedeutend mit Sein oder Nichtsein, während der Zeit, in der es sich um Stillen oder Nichtstillen handelt, ist aber die Hebamme gewöhnlich die alleinige Beraterin. Es erscheint daher ganz selbstverständlich, daß diese gründlich ausgebildet sein muß in der Art, wie die Frauen zum Stillen anzuleiten und anzuhalten sind, in der Pflege des gesunden Säuglings, in der rechtzeitigen Erkennung kindlicher Gesundheitsstörungen. Gerade in unseren Tagen der Säuglingsfürsorge hat sich erwiesen, daß die Hebammen nicht nur bei der Geburt und im Wochenbett, sondern auch

als wertvolle Stütze und Gehilfinnen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit am Platze sind. Allerdings gehören dazu tüchtige Hebammen, wie wir sie leider nicht immer besitzen. Diese Tätigkeit über das Wochenbett hinaus ist auch wieder da am notwendigsten, wo andere Hilfskräfte weniger zur Verfügung stehen, auf dem Lande. Wir sehen, daß umsichtige Amtsärzte sich der Dienste der Hebammen in der Säuglingsfürsorge versichern und bisher gute Erfahrungen damit gemacht haben. Dörfler in Weißenburg hat gezeigt, wie man mit den Hebammen arbeiten kann.

Die Hebammen sollten eine Liste über alle Kinder ihrer Praxis führen, über deren Ernährung und Gesundheit. Es erscheint auch zweckmäßig, erläuternde Merkblätter für das Stillen in den Familien zu verteilen. Säuglingsfürsorge ist die beste Nebenbeschäftigung der Hebammen; und wenn sie hierfür, bei der gewöhnlich kärglichen Entlohnung im Berufe, eine Zulage erhalten, so kann das der Sache nur förderlich sein. Freudig zu begrüßen ist, daß es der Staat unternimmt, die Lage des Hebammenstandes zu bessern, ihn wissenschaftlich und materiell zu heben, die Hebammen bei Alter und Krankheit zu unterstützen.

Die weibliche Hilfe ist auch in der Säuglingsfürsorge so wichtig, daß die Tätigkeit der Hebammen nicht genügt. Wir brauchen in Stadt und Land noch mehr weibliche Kräfte. Das erläutert sich am besten an den Kostkindern, die der Pflege und Aufsicht schon deshalb am bedürftigsten sind, weil sie keine Säuglinge sind, sondern der Mutterbrust entbehren.

Die Aufsicht über die Kostkinder ist in Bayern durch die Ministerialentschließung vom 6. Februar 1906 geregelt. Die Ortspolizeibehörden sind angewiesen, im Benehmen mit den Gemeindewaisenräten sämtliche in ihren Bezirken befindliche Kostkinder zu beaufsichtigen und fortgesetzt darüber zu wachen, daß ihnen jede gebührende Fürsorge zu Teil werde. Durch die Schaffung der Berufsvormundschaft ist ein weiterer gewichtiger Schritt vorwärts in der Sorge für die unehelichen Kinder überhaupt geschehen; in der genannten Ministerialentschließung ist auch ausdrücklich auf die ersprießliche Tätigkeit der Frauen und Frauenvereine hingewiesen. Desgleichen haben die Amtsärzte nach ihrer Dienstanweisung dem Kostkinderwesen stetige Beachtung zu schenken und selbst Nachschau zu pflegen.

Es sind aber noch Lücken und Mängel vorhanden. Die unehelichen Kinder, die nicht gegen Bezahlung verpflegt werden, bleiben gewöhnlich der behördlichen Aufsicht entzogen. Wir haben vorher festgestellt, wie erschreckend die Sterblichkeit unserer Säuglinge in der ersten Lebenszeit, ganz besonders im ersten Lebensmonat ist; gerade während dieser Zeit ist aber noch keine amtliche Aufsicht möglich. Es können Wochen vergehen, bis die Kostkinder behördlich registriert sind und polizeilicher Fürsorge anheimgegeben werden. Ein böses Ding ist auch die jähe frühzeitige Trennung von Mutter und Kind.

Dagegen besitzen wir noch keine wirksamen Verbote. Oft nach wenig Tagen trennt man das Neugeborene von der Mutter; oft auf Nimmerwiedersehen. Welch widernatürliches, grausames Gebahren. Auch die sorgsame Anlegung an die Mutterbrust, wie sie in Klinik und Gebäranstalten geübt wird, verkehrt sich ins Uebel, wenn das Kind nach einer Woche Lebenszeit losgerissen und in die Fremde getrieben wird. Die Kostkinder kommen alle zu früh von der Mutter. Gegen den Zwang der Verhältnisse kämpft man meist vergeblich an.

Sehr zweckmäßig ist das in Hessen bestehende System der amtlichen Fürsorge für die Kostmütter und Kostplätze und des Zwanges, die Kostkinder zur Kontrolle bestehenden Beratungsstellen zu überweisen. Mustergiltig ist auch die Einrichtung in Leipzig, woselbst jede uneheliche Geburt durch die Hebamme sofort der Ziehkinderanstalt gemeldet wird; nach 8 Tagen kommt eine der angestellten Aufsichtsdamen und hält Nachschau; inzwischen waltet die Hebamme. Besonderes Augenmerk wird auf das Stillen gerichtet, die Aufsichtsdamen sehen späterhin alle 2 Wochen nach.

Eine treffliche Regelung des Kostkinderwesens hat ferner Nürnberg getroffen. Hier ist ärztliche Untersuchung veranlaßt bei der Aufnahme von Kostkindern, ebenso ärztliche Nachschau und Ueberwachung in steter Verbindung mit den übrigen Organen der Kostkinderfürsorge.

In München sind an den Beratungs- und Fürsorgestellen Säuglingsschwestern angestellt; sie berichten, wie gerne und bereitwillig ihre Besuche aufgenommen werden, wie gewissenhaft ihre Ratschläge befolgt, namentlich rechtzeitige ärztliche Hilfe geholt wurde, wie stolz die Mütter auf ihre wohlgepflegten Säuglinge wurden.

Ein weites, segensreiches Arbeitsfeld in der Kostkinder- und Säuglingsfürsorge ist neben den amtlichen Organen und Berufspersonen der freiwilligen Fürsorge und Wohlfahrtstätigkeit eröffnet. In Bayern und im besonderen in Oberbayern hat die Vereinstätigkeit sich um die Beaufsichtigung der Kostkinder, um das gesamte Säuglingswesen große Verdienste erworben. Haben wir ja auch allenthalben trost- und tatkräftige Hilfe zu spenden den Bedürftigen und Kranken, Müttern und Kindern, den armen nur an Kinderzahl reichen Familien, gerade diese letzteren sind nicht zu übersehen.

Bei Besichtigung der Kostkinder kann man die tröstliche Wahrnehmung machen, daß sie meistenteils wohl verpflegt werden und daß das Verständnis wie der Eifer der Ziehmutter im allgemeinen zunehmen. Des hungernden und gehöriger Pflege ermangelnden Heeres der armen Kinder gedenkt man noch zu wenig. Es gibt überall zu sorgen und Not zu lindern.

Da sind zur rechten Zeit die deutschen Frauen am Werke; sie haben sich neben anderen wichtigen Zweigen auch der Säuglingsfürsorge zugewandt. Die Tätigkeit der großen Frauenvereine, gestützt durch freiwillige Hilfskräfte und geschulte

Pflegekräfte, ist überall mit Freuden zu begrüßen. Die Frauenvereine sind ein unentbehrlicher Faktor in der Landsäuglingsfürsorge, eine der segensreichsten Einrichtungen, die wir besitzen. Sie dienen der Belehrung, der Ueberwachung, der Unterstützung in gleicher Weise. Wo solche Vereine tätig sind, sind sie eine gewichtige Hilfe allen Organen, vor allem der Zentrale der Säuglingsfürsorge und deren Zweigverbänden. In Oberbayern wirken vornehmlich der Frauenverein vom Roten Kreuz und der Verein für Kranken- und Kinderpflege auf dem Lande; in Verbindung mit den Aerzten sind die edlen wohltätigen Frauen in ehrenamtlichen und amtlichen Stellungen die berufenen Organe der offenen und geschlossenen Säuglingsfürsorge.

Wie die Wohlfahrtspflege, im besonderen die Säuglingsfürsorge in der Großstadt München betätigt wird, habe ich im Vorjahre in einem Vortrag zu Dresden dargelegt. Ich darf hierauf verweisen.

Um auf die breiten Massen der Bevölkerung erfolgreich einzuwirken, bedarf es bewußter, geschulter Kräfte. Es sollen in den Grundbegriffen der Gesundheitspflege schon die Schulkinder unterrichtet, in Kinderpflege und Haushalt die heranwachsenden und erwachsenen Mädchen praktisch unterwiesen werden. Die werdenden und gewordenen Mütter sind zu belehren, zu mahnen an die Pflicht, ihres Leibes zu pflegen, sich vorzubereiten für die hohe Aufgabe, welche die Natur dem Weibe übertragen hat, Leichtsinn und Trägheit hintanzusetzen, um geistig und körperlich frisch und willig die volle Mutterliebe dem Kinde zu weihen. Wie schwere Fehler, welch bleibende Schäden werden selbst von liebenden, sorglichen Eltern noch aus Unwissenheit verursacht.

Auch planmäßige Belehrung durch die Presse, durch Schriften, Merkblätter), durch Vorträge von Aerzten und sachverständigen Persönlichkeiten muß überall einsetzen. In neuerer Zeit haben auch Ausstellungen im Säuglingswesen und Wanderausstellungen sehr belehrend und nutzbringend gewirkt.

Die Säuglingsfürsorge findet in der Stadt und auf dem Lande sehr verschiedene Verhältnisse; verschieden selbst auf dem Lande. Wir müssen uns danach einrichten. Ins einzelne, ins kleine müssen wir mehr und mehr eindringen. Die Arbeit erfordert Opfer und Mühen! Die Pioniere dieser Arbeit sind wiederum die Frauen; die berufenen Hygieniker bedürfen ihrer an allen Orten.

Wie man Aufklärungs- und Belehrungsarbeit vornimmt, hat uns in jüngster Zeit das Wirken des Frauenvereins für Kranken- und Kinderpflege im Bezirksamt Eichstätt gezeigt, einem Bezirke, in dem die Säuglingssterblichkeit am größten, die natürliche Ernährung am geringsten ist. Im Jahre 1911 machte dort eine treffliche Fürsorgerin in den einzelnen Gemeinden in allen Häusern mit Säuglingen Besuche, erteilte Ratschläge und Belehrungen; es wurden öffentliche Vorträge,

Frauenversammlungen und praktische Kurse für junge Mädchen gehalten. Die Gemeinden, die Geistlichen und Lehrer, die Aerzte und Hebammen wurden zur Unterstützung gewonnen. So sollte es allenthalben geschehen; wo das Uebel am größten, sollte die Fürsorge am raschesten und tiefsten eingreifen, zunächst durch Aufklärung und Einrichtung, Organisation. Um bleibenden Erfolg zu erzielen, bedarf es aber beständiger Ueberwachung, nie ermüdender Aufsicht, Unterstützung und Belehrungsarbeit dazu. Ohne diese persönliche und fortdauernde Berührung mit dem Volke nützt die Aufklärung nichts!

Verba docent, exempla trahunt!

Es ist gewiß menschenfreundlich, wenn die Dame in die Hütte der Armen tritt und sie mit Rat und Tat unterstützt. Die Aufgabe der wahren Humanität ist ja, ausgleichend zu wirken, hilfreich und gut sich zu zeigen. Wie gern macht es das Volk, wie es die Führer machen. Und wenn die Führerinnen der Säuglingswohlfahrt, wenn die Mütter der sogenannten guten Gesellschaft ihren Kindern die Brust reichen, wenn die Edeldame, die Gutsherrin, die Frau des industriegewaltigen Geheimen Kommerzienrates vorangehen, so werden Scharen dem guten Beispiel folgen. Es hat sich schon oft erwiesen, daß solche Beispiele ziehen. Nur auf diesem Wege wird sich die Ernährung an der Mutterbrust allgemein einbürgern. Augenfällig und tausendfältig wird der Nutzen täglich in Erscheinung treten, den die Erfüllung der allgemeinen Mutterpflicht dem ganzen Volke bringt.

Noch eines nicht zu vergessen! Der Ehemann, der Vater mit frohem Blick sei sich voll und ganz bewußt der Wichtigkeit des Stillens für Mutter und Kind, und mit der Autorität des Pater familias, mit dem sittlichen Ernst und der Gründlichkeit des deutschen Mannes trete er ein für die natürliche Ernährung seines Kindes.

Die Staatsregierung hat nicht gezögert, sich in hervorragendem Maße der Säuglingsfürsorge anzunehmen. Dies bekundet schon der Ministerialerlaß vom 18. Dezember 1907, in dem eingehend alle Mittel der Fürsorge dargelegt und deren rationelle Anwendung aufs dringlichste empfohlen wird. Dies bekundet ferner die pekuniäre Hilfe, die der Staat gewährt. Auch die äußeren Behörden nehmen sich mit Eifer und Wärme der Säuglingsfürsorge an. Für den Aerztestand ist die regste Mitwirkung Pflicht und Schuldigkeit. Immer weiter und tiefer in das Volk müssen die Wellen der Aufklärung und das Bewußtsein dringen, daß das Wesen der Mutterschaft dem Säuglinge nicht nur das Leben, sondern Nahrung und Gedeihen zu schenken als höchste Pflicht bedingt.

Die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern, die 1907 ins Leben trat und seit ihrem Bestehen eine rege Tätigkeit entfaltete, hat in Erkenntnis dessen, was förderlich ist, die Organisation von Kreisverbänden und kleineren Zweigstellen (Bezirksverbänden) unternommen. Leben und Schaffen

weit hinaus vom Zentrum in alle Richtungen der Peripherie zu bringen.

Für Oberbayern hat sich am 11. Februar laufenden Jahres ein eigener Kreisverband gebildet, der sich bereits wiederholt an alle maßgebenden und einflußreichen Behörden und Persönlichkeiten, an die Zentrale und die oberbayerischen Zweigvereine des Frauenvereins vom Roten Kreuz, an den Frauenverein für Kranken- und Kinderpflege und alle Organe der Wohltätigkeit mit der dringenden Bitte zu gemeinsamer Tätigkeit in der Säuglingsfürsorge gewandt hat. In der Sitzung des Kreisverbandes vom 1. Juni laufenden Jahres, die zahlreich besucht war, habe ich folgenden Antrag eingebracht:

„1. In jedem Verwaltungsbezirk Oberbayerns soll eine Stelle die Säuglingsfürsorge zusammenfassen im Benehmen mit der Verwaltungsbehörde und dem Amtsarzt. Diese Behörden werden nach Kräften den Vollzug fördern.

Die Stelle soll sich dem Kreisverbande anschließen. Die organische Verbindung mit dem Kreisverband und hiedurch mit der Zentrale für Säuglingsfürsorge vermittelt Aufschlüsse jeder Art, besonders auch materielle Hilfe und öffentliche Unterstützung.

2. Die Stellen der Säuglingsfürsorge berichten alljährlich dem Kreisverbande über die Säuglingsverhältnisse und den Stand der Fürsorge in ihrem Bezirke."

Der Antrag fand einstimmige Annahme.

Ob diese Stelle in größeren Orten oder ausgedehnten Bezirken ein Verband, in kleineren Verhältnissen ein bestehender Verein ist, ja in schwierigen Verhältnissen nur eine Persönlichkeit, richtet sich nach den Umständen, die verschiedene Wege einschlagen lassen, überall und jederzeit zum gemeinsamen Ziele führen müssen. Es muß ein festgeschlossener Bund sein. Ohne diese Eintracht ist unser Wirken Stückwerk, der Erfolg unserer Bemühungen steht und fällt mit der Erreichung gemeinsamen Schaffens, mit der Lebensfülle im Stamm und in allen Zweigen.

Wie und wo wir auf dem Lande Beratungsstellen, Krippen, Milchküchen und ähnliches einrichten und erhalten sollen,, mit welchen Mitteln und Organen dies geschehen soll, wird alsdann weiter auszuführen und zu besorgen sein.

Das Gebiet der Säuglingsfürsorge ist gewaltig, wir stehen noch im Beginne. Die Amtsärzte aber müssen im Sinne dieses Antrages mitwirken, anregen, beraten, überwachen. Sie müssen auch die Lücken der Statistik ausfüllen helfen, wofür ich folgende Anregungen geben möchte:

1. Die Stillverhältnisse würden schon dadurch näher bekannt werden, daß die Amtsärzte allährlich bei der Impfung (Nachschau) feststellen, wieviel der geimpften Kinder tatsächlich noch an der Mutterbrust sind.

2. Die Leichenschauscheine der im ersten Lebensjahr Verstorbenen sollen für das ganze Land kurze, aber zweckentsprechende Einträge bezüglich der Säuglingsernährung enthalten. Man könnte eine Rubrik einstellen: „Ernährung zur Zeit der letzten Erkrankung?" „nach Angabe des Arztes?" „nach Angabe der Angehörigen?"

3. Bezüglich der Kostkinder könnte auf den Leichenschauscheinen die Frage eingestellt werden: „War das Kind gegen Bezahlung in Kost und Pflege?" „Wie lange?" „Bis zu seiner letzten Erkrankung?"

Die Leichenschauscheine bei Todesfällen im ersten Lebensjahre bedürfen namentlich auch für die Großstadt einer Aenderung ihrer Fassung.

4. Die Hebammentabellen (Monatsübersichten) sollten neben einer Rubrik: „Verheiratet oder ledig? (Familienstand der Entbundenen)“ an Stelle der bisherigen Rubrik X: „Nährt die Wöchnerin ihr Kind?“ „Ja. Nein“. „Gründe“ folgende enthalten: a) wurde das Kind zur Zeit des letzten Wochenbettes regelmäßig und ausschließlich von der Mutter gestillt; b) welche andere Nahrung wird gereicht? c) Wird die Mutter das Stillen voraussichtlich noch längere Zeit fortsetzen? d) Aus welchem Grunde wurde das Stillen unterlassen?“

So, wie die Tabellen jetzt geführt werden, sind sie für die Statistik der Ernährung des Kindes wertlos.

5. Die Amtsärzte sollen der Sterblichkeit der Säuglinge nach den einzelnen Lebensmonaten und den Jahresmonaten (Jahreszeiten) besondere Beachtung schenken und auch die drei Dekaden des ersten Lebensmonats statistisch ausscheiden.

M. H.! Ich glaube dargelegt zu haben, daß die Grundlage rationeller Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit die Erfahrungen bilden, die uns nur die statistischen Erhebungen vervollständigen können.

Wir müssen arbeiten zur Erhaltung, zum Gedeihen unserer Volkskraft, unseres Vaterlandes; eine Nation, deren Aufwuchs nicht gesichert ist, geht dem Untergang entgegen.

Die Hauptstütze all unserer Bestrebungen ist die Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Hier hat es seine Domäne, hier leistet es weit mehr als der Mann, durch Kleinarbeit. Hier hilft die Frau als wahre Mutter, als Wohlfahrtsträgerin, als Beraterin des Volkes und auf diesen heilsamen Außenwegen kehrt sie wieder in den Schoß der Familie zurück, in edler fürsorgender Nächstenliebe, dem ganzen Menschengeschlechte die Pfade zeigend, welche zum Heile führen.

Daß auf dem Wege der Säuglingsfürsorge Gesundheit, Bildung und Gesittung mit den Kindern aufwächst und zu den Erwachsenen dringt, daß sich von Familie und Haus der Kulturfortschritt auf das ganze Volk erstreckt, ist der Segen dieser wohlverstandenen und zielbewußten Bestrebungen. Es ersteht ein an Körper und Geist starkes Gleschlecht; damit wächst unsere Arbeit weit über die Säuglingsfürsorge hinaus.

Es sterben ja alle, die zum Lichte kommen; sie sinken aber nicht wie flüchtige Schatten frühzeitig, vorzeitig und wesenlos in die Nacht des Todes, sie gehen nach ehrenvollem und geistesfrischem Schaffen, nach vollbrachtem Tagewerk ein zum Frieden, fortlebend in der dankbaren Erinnerung der Nachwelt!

(Lebhafter Beifall.)

Diskussion.

Med.-Rat Dr. **Graßl**, Bezirksarzt in Kempten: M. H.! Gestatten Sie mir als Anhänger der Rassenhygiene auch einige Worte, die vielleicht in mancher Beziehung zu einem anderen Resultat kommen, als wie der Herr Landesvorsitzende ausgeführt hat, und was im allgemeinen zur Zeit für Bayern giltig ist.

Schon seit einer Reihe von Jahren erhebe ich die Forderung, daß wir eine Tagesstatistik liefern müssen und zwar deswegen, um die Todesursachen genau festzustellen; diese können wir aber nur durch eine Tagesstatistik erforschen. Ich werde dies in kurzen Worten nachweisen, indem ich hauptsächlich auf den ersten Lebenstag eingehe. In Bayern ist der erste Lebens-

tag ganz außerordentlich stark belastet; für das Jahr 1907 habe ich mit Hilfe des Statistischen Amtes den ersten Lebenstag mit 1,87 % berechnet und für das Jahr 1911 hat das stat. Landesamt 1,86 % gefunden. Sie sehen also, daß meine Berechnung ungefähr stimmt. Dagegen beginnt Preußen mit nur 1,01 %; das ist ein gewaltiger Unterschied, mit dem wir rechnen müssen. Sicher ist, daß die Todesursache des ersten Tages nicht die Ernährung ist, sondern daß sie durch die Lebensschwäche der Neugeborenen bedingt ist. Wenn Sie dann tiefer hineingehen in die Statistik, dann finden Sie auch, daß das Land am ersten Tage außerordentlich stark belastet ist, während die Stadt verhältnismäßig geringe Zahlen aufweist. Ich habe auf Jahre zurück im Bezirksamt Kempten den ersten Tag herausgeschrieben und gefunden, daß er ungefähr mit 4,05 % Sterblichkeit belastet ist, in der Stadt dagegen nur mit 1,5 %. Dieser große Unterschied macht es auch, daß das Land eine größere Jahressterblichkeit hat als die Stadt. Man hat gesagt, der Unterschied in der Jahressterblichkeit sei bedingt durch die Milchküche in der Stadt Kempten; diese Annahme ist jedoch falsch. Ziehe ich nämlich den ersten Lebenstag ab, der mit der Milchküche nichts zu tun hat, so ist die Sterblichkeit auf dem Lande Kempten ohne Milchküche und in der Stadt Kempten mit Milchküche völlig gleich. Es ist weiter wichtig, daß wir die ersten Lebenswochen betrachten. Alle Statistiken, die eingehend sind, haben am 6., 7., 8. Tage einen Anstieg der Kindersterblichkeit festgestellt, der sicher nicht durch mangelhafte Ernährung, sondern nach meiner Ansicht durch die Atmung verursacht ist. Wenn das Kind auf die Welt kommt, ist es das erste, daß es schreit und die Luft des Geburtszimmers einsaugt. Das Kind kommt mit einem großen Nahrungsvorrat auf die Welt und diesen schmilzt es ein. Wenn Sie die schönen Arbeiten von Dr. Cramer durchsehen, so finden Sie, daß die erste Woche das Kind fast nicht resorbiert; denn die große Aufspeicherung von Kindspech im Darm verhindert die Resorption. Erst am 8. Tage ist diese im Gange. Darnach kann doch unmöglich ein Todesfall, der vor diesem Tage eingetreten ist, auf mangelhafte Ernährung zurückgeführt werden Für diesen plötzlichen Anstieg am 6. bis 9. Tage muß vielmehr eine andere Ursache beschuldigt werden und diese ist nach meiner Ansicht die Atmung. Ich erinnere die Herren, die auf dem Lande praktizieren und in kleineren Orten bei armen Leuten, in welche Luft so ein armes Kind hineingeboren wird; diese stickige Luft ist es, die das Kind umbringt in den ersten Tagen. Das plötzliche Ansteigen der Sterblichkeit am Ende der ersten Woche läßt sich daher nur durch den Lungentod erklären. Als wir Bezirksärzte im Bayerischen Walde anfangs des Jahres 1902 es durchsetzten, daß die Hühner und andere Kleintiere aus den Wohnstuben und damit aus den Entbindungsstuben hinauskamen — wir hatten damals einen schwierigen Kampf mit den Bürgermeistern —, haben wir nach meiner Ansicht für die Herabdrückung der Kindersterblichkeit mehr getan, als manche Fürsorgestelle, die gegen die Säuglingssterblichkeit arbeitet. Allerdings haben wir es nicht gesagt. Dann, m. H., wenn Sie die erste Lebensdekade betrachten, so werden Sie finden, daß trotz allen Zurückgehens der Kindersterblichkeit überhaupt und aller Fürsorgetätigkeit die Sterblichkeit in der ersten Lebensdekade ganz die gleiche geblieben ist und zwar hauptsächlich deswegen, weil bisher die Todesursache überhaupt nicht getroffen wurde. Ich bin daher der Ansicht, daß wir anders vorgehen müssen, und daß wir eine Tagesstatistik aufzustellen haben. Ich habe das wiederholt im Archiv für Rassenhygiene und in der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten vertreten; die Notwendigkeit einer solchen Tagesstatistik ist auch im vorigen Jahre in der Herbstversammlung des Vereins für Säuglingsfürsorge in Hamburg anerkannt und ein ihre Aufstellung fordernder Antrag angenommen worden. Das Bayerische Landesamt ist ebenfalls daran gegangen, diese Tagesstatistik wenigstens teilweise herzustellen; sie wird aber nicht so aufgestellt wie in den andern deutschen Bundesstaaten, sondern es werden die Prozentverhältnisse berechnet auf die Gestorbenen, während die andern Statistiken die Prozente der Geborenen geben. Durch dieses verschiedene Verfahren ist ein Vergleich sehr erschwert; es dürfte deshalb darauf hingewiesen sein, daß auch in Bayern das Statistische Landesamt bei der Aufstellung nach den gleichen Grundsätzen wie in den übrigen deutschen Staaten verfährt.

M. H.! Eine andere Ursache der hohen Kindersterblichkeit sind zweifellos die sozialen Verhältnisse, die ja von jeher als eine von den Haupt-

ursachen erklärt werden. Aber wenn Sie die Literatur, die dieses kolossale Gebiet behandelt, betrachten, dann sehen Sie, daß alle, die sich damit beschäftigt haben, fast ausschließlich die nachteiligen Einflüsse der Industrie einem eingehenden Studium unterworfen haben. Ich bin der erste, und, soviel ich weiß, bis jetzt auch der einzige gewesen, der auch die agrarischen Verhältnisse ins Auge gefaßt hat. Ich habe seit 7 Jahren Studien gemacht und gefunden, daß die Umwelt auf dem Lande, die soziale und wirtschaftliche, eine ausschlaggebende Ursache der Kindersterblichkeit ist. Die Teilung des Bodens geht mit der Kindersterblichkeit einher. Da, wo der mittlere Bauer ist, herrscht eine große Kindersterblichkeit; desgleichen wurde von mir nachgewiesen, und von denen, die nationalökonomisch gebildet sind, anerkannt, daß der Uebergang zur Milchwirtschaft die Kindersterblichkeit von selbst herunterdrückt. Wenn Sie die schwäbischen und württembergischen Verhältnisse betrachten, so werden Sie ein plötzliches Abfallen der Kindersterblichkeit sehen, von dem man nicht wußte, woher es kam, da die Schwäbinnen weder früher noch jetzt stillten und es auch keine Fürsorge gab. Dieses plötzliche Abfallen ist durch den Uebergang der schwäbischen Bevölkerung zur Milchwirtschaft herbeigeführt worden. Die innere Ursache liegt darin, daß die Milchwirtschaft die Frau frei macht zur Arbeit im Hause und sie zu größerer Reinlichkeit zwingt. Hierher gehört nach meiner Ansicht auch die Kinderzahl. Die Kinderzahl ist auch ein Moment, das für den einzelnen Säugling die Menge der Fürsorge angibt, die für ihn verwendet wird. Sie wissen, daß ich diesen Satz schon einmal aufgestellt habe und daß Groth und Hahn den Einfluß der Kinderzahl auf die Sterblichkeit geleugnet haben. Dagegen hat das jetzige Statistische Amt diesen Satz wieder aufgenommen, nachdem ich in den Jahren 1909/10 eingehende Studien über den Zusammenhang der Kindersterblichkeit mit der Kinderzahl in Bayern bekanntgegeben habe. Das Statistische Landesamt behauptet mit Recht, daß der Zusammenhang darin besteht, daß die hohe Kindersterblichkeit hohe Geburtenzahl und die hohe Geburtenzahl hohe Kindersterblichkeit zur Folge hat. Dieses sogenannte Ringgesetz kommt in der Natur ungemein häufig vor; aber das Statistische Landesamt zieht weiter den Schluß, daß wir deswegen, weil die hohe Geburtenzahl eine hohe Kindersterblichkeit zur Folge hat, eine Art Neomalthusianismus einführen sollen. Das ist das Verderblichste, was von seiten einer amtlichen Behörde gesagt werden kann; ich nehme deshalb hier Veranlassung, diese Ansicht des Statistischen Landesamtes von meiner Seite zurückzuweisen. Ich glaube, daß vielleicht auch die Staatsregierung gut tun würde, in dieser Beziehung vom Statistischen Amte kräftig abzurücken; denn die Kinderzahl herunterzudrücken, wäre das Verderblichste und Ungeschickteste, was wir tun können. Wenn Sie nämlich die Aufzuchtsmenge in Bayern betrachten, so ist es merkwürdigerweise nicht die Bevölkerung mit der geringsten Kindersterblichkeit, die die meiste Aufzucht hat, sondern im Gegenteil besonders diejenige des Bayrischen Waldes, des Spessart und Westrich, mit hoher Kindersterblichkeit, die weitaus die größte Aufzuchtsmenge liefert. Allerdings müssen Sie richtig lesen und richtig rechnen; Sie müssen nämlich die Aufzuchtsmenge auf die Menge der gebärfähigen verheirateten Frauen beziehen und nicht auf die Bevölkerung. Wenn Sie den richtigen Index nehmen, finden Sie da, wo eine geringere Kindersterblichkeit ist, auch eine ganz geringe Kinderaufzucht und daher sage ich es bewußt, m. H., und ich weiß, daß ich damit mit unserem jetzigen Fürsorgewesen in vollständigem Widerspruch stehe: nicht die geringste Kindersterblichkeit ist das Beste, sondern diejenige Kindersterblichkeit, die uns die größte Aufzuchtsmenge bringt.

Es ist ja schon öfter darauf hingewiesen worden, daß die Kindersterblichkeit hauptsächlich abhängt von der Ernährung und ich bin der eifrigste Anhänger des Stillens seitens der Mütter. Nicht allein aus Gründen für das Kind, sondern auch aus Gründen für die Mutter wäre die größere Verbreitung des Stillens zu wünschen. Wenn Sie das Fortpflanzungsgeschäft betrachten, finden Sie, daß es sich teilt in ein Wollustgefühl und in den Muttertrieb; der Muttertrieb ist es aber, der uns die Menge der Kinder bringen muß, und dieser ist entschieden im Rückgang begriffen. Die äußeren Verhältnisse, die sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen und alles, was drum und dran ist, nagt an dem Muttertrieb. Und nun, m. H., kommen wir mit der

Säuglingsfürsorge und drängen das Kind von der Mutter weg, indem wir das künstlich aufgezogene Kind, als das jetzt normale Kind unserer Fürsorge betrachten, das wir hauptsächlich hegen und pflegen. Ich bin der Ueberzeugung, daß dieses Kind eine pathologische Spezies der Menschheit ist und daß wir es nicht zum Gegenstand unserer Fürsorge machen sollen. Dieser Muttertrieb, m. H., wird gefördert durch einen psychischen und animalischen Vorgang. Nun hat Geh.-Rat Pistor, der in der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Preußen, der preußischen höchsten Stelle auf diesem Gebiete, ein Referat erstattet, in dem er diesen Muttertrieb als etwas Minderwertiges und Niedriges hinstellt, der in unsere gebildete Kulturzeit nicht hineinpaßt. M. H.! Die ganze Medizin, der ganze Darwinismus ist darauf aufgebaut, daß der Mensch ein Tier ist; es gibt sogar Personen, welche die Ansicht vertreten, daß Seele, Geist, Verstand nur ein körperliches Substrat sind. Dieser tierische Muttertrieb wird, wie alle Triebe, von der Natur dem Menschen angeboren und in dem Träger des Triebes, im Individuum, entwickelt. Das geschieht wiederum durch animalische Vorgänge. Wie alle Triebe, wird auch der Muttertrieb durch diejenigen Organe befördert, die seinen Hauptsitz bilden; bei ihm sind es die Gebärmutter und die Brustdrüsen. Von dem Augenblicke an, wo die Bäuerin davon abgegangen ist, die Brustdrüse zu gebrauchen, hat die Natur die Frau für die Schwangerschaft empfänglich gemacht. Die große Geburtenzahl der nichtstillenden Frauen ist nach meiner Ansicht ein Ausgleich für den Ausfall des Nichtstillens und wir müssen uns außerordentlich hüten, einen Einfluß dahin üben zu wollen, daß die nichtstillende Frau diese große Schwangerschaftszahl herunterdrückt. Die zu häufige Empfängnis darf nur durch Stillen seltener gemacht werden. Es ist ja behauptet worden — und auch heute wieder —, daß dadurch die Rasse zurückgeht; ich lebe in der rassehygienischen Welt seit Jahren und kämpfe mit; ich habe aber noch nie einen Rassehygieniker gefunden, der diese Ansicht, daß durch eine hohe Geburtenzahl die Rasse zugrunde ginge, ernstlich vertreten hätte. Durch die jetzige Zahl der Geburten wird die Rasse sicher nicht geschwächt. Ober- und Niederbayern, Oberpfalz, die die meisten Kinder haben, ist der rassenstärkste Stamm Deutschlands. Also, m. H, ich glaube, daß wir zum Gegenstand unserer Fürsorge immer zurückgehen müssen auf die Mutter. Keine Fürsorge für das Kind, außer sie geht durch die Mutter! Nur dadurch werden wir wirklichen Nutzen herbeiführen! Wenn wir den Zweck der Säuglingsfürsorge ernst nehmen wollen, müssen wir alles daransetzen, das Kind möglichst eng an die Mutter zu binden und zwar in der Pflege und Ernährung. Ich bin daher gegen alles, was das Kind von der Mutter trennt, und habe auch schon darauf bezügliche Vorschläge gemacht. Ich werde mich wegen der Kürze der Zeit auf Vorschläge beschränken, die sich auf die ländlichen Verhältnisse in Altbayern beziehen. In Altbayern ist es zweifellos, daß die Bäuerin sehr stark überlastet ist und daß dadurch die große Kindersterblichkeit bedingt wird. Diese Ueberlastung muß daher der Frau zuerst genommen und ihr keine neue Last dazu gegeben werden. Vor allem ist nach meinen Studien dafür zu sorgen, daß den Frauen auf dem Lande die Stallarbeit genommen wird. Diese Fürsorge ist zwar keine rein medizinische Sache, aber eine ursächliche und segenbringende Arbeit, die von selbst die Kindersterblichkeit herabsetzt. Wir müssen uns deshalb in Altbayern und teilweise in Schwaben, hauptsächlich in Oberschwaben, mit den Bezirksamtmännern ins Benehmen setzen und schauen, daß wir den Bauern, der ohnehin sehr wenig zu tun hat, zum Melken und zur Verrichtung der Stallarbeit bringen. Wir müssen die Frau entlasten und vom Stall in die Küche und Wohnstube zurückfuhren. Wenn wir das tun, bin ich überzeugt, daß die günstigen holländischen, dänischen und schwedischen Verhältnisse der Kindersterblichkeit auch wieder zu uns kommen; dann werden wir dem Volke wirkliche Hilfe bringen. Die Einführung der Ziegenzucht habe ich ebenfalls empfohlen. Die Hauptsache ist aber das Stillen, wenn auch der Erfolg gerade hierin anfangs gering ist.

Ich bitte um Entschuldigung, daß ich etwas ausfuhrlicher geworden bin; ich wollte aber gern meine in einzelnen Dingen von den Ausführungen des Herrn Vorsitzenden abweichende Ansicht an dieser Stelle auch zum Ausdruck bringen.

(Beifall.)

II. Ernährungsfragen.

Referent: Landgerichtsarzt Dr. **Schwink**-Ansbach: Als praktischer Arzt befand ich mich lange Zeit in einer mit Glücksgütern kärglich bedachten Gegend; ein größerer Teil der Bewohner rekrutierte sich aus Kleingütlern, aus Polierern und Schleifern von Tafelgläsern. Da mein Beruf mich vielfach mit diesen Leuten in Berührung brachte, lag es nahe, daß ich mich eingehender mit ihrer Ernährungsweise beschäftigte. Um mir nun ein möglichst getreues Bild hiervon zu verschaffen, habe ich bei einigen Dutzend Familien jeweils für zehn Tage zusammengestellt, was an Speisen und Getränken konsumiert wurde, natürlich ohne Einrechnung des Wassers. Ich besuchte zu diesem Zweck täglich ein- bis zweimal die Familie, um die Menge der verbrauchten Nahrungsmittel festzustellen. So erhielt ich z. B. für den ersten Beobachtungstag bei einer Familie als Nahrungsaufwand $1^1/_2$ Napf Kartoffeln, $^1/_2$ Liter Mehl, 1 Laib Brot, $1^1/_2$ Liter Milch, für 12 Pfg. Zucker, für 5 Pfg. Schmalz. Nach 10 Tagen ergab die Summe aller Nahrungsmittel 162,5 kg Kartoffeln, 3,25 kg Mehl, 30 kg Schwarzbrot, 15,45 kg Milch, 2 kg Zucker, 0,5 kg Schmalz, 5 kg Kraut, $^1/_2$ kg Zwetschgen, $^1/_2$ kg Fleisch, $^1/_5$ kg (getrocknete) Steinpilze. Die Feststellung der Mengen betätigte ich teils selbst, teils mußte ich sie der Hausfrau überlassen; zu möglichster Erleichterung der Hausfrau ließ ich die ortsüblichen Maßeinheiten oder die Stückzahl oder den Geldwert angeben und berechnete am Schlusse der 10tägigen Aufschreibungen alle Angaben nach Kilogramm.

Schon hieraus geht hervor, daß meine Zahlen nicht mathematisch genau sein können; gerade deshalb habe ich eine 10tägige Aufschreibung vorgenommen, um nach Möglichkeit Durchschnittszahlen zu erhalten. Bei einigen Familien verschaffte ich mir nach längerer Zeit eine zweite Tabelle; ich konnte dadurch engere Vergleiche ziehen. Soweit also bei dieser Untersuchungsmethode ein Einblick in die Ernährungsweise zu erhalten ist, glaube ich mir ihn möglichst genau verschafft zu haben.

Nachdem ich die Mengen von Nahrungsmitteln kannte, die während der Beobachtungszeit verzehrt worden waren, war es nicht mehr schwer festzustellen, wieviel Gewichtsmengen an Nahrungsstoffen in diesen Speisen enthalten waren. Ich habe also alle Nahrungsmittel, in denen Eiweiß enthalten war, aus der ersten Tabelle mit dem zugehörigen Gewicht in eine zweite Tabelle übertragen, nach den Lehrbüchern von Voit, König, Flügge usw. den Prozentgehalt dieser Nahrungsmittel an Eiweiß hinzugefügt und daraus den wirklichen Gehalt an Eiweiß berechnet. So habe ich beispielsweise für die aufgenommenen 121,88 kg abgeschälter Kartoffeln einen Gehalt von 2 Prozent Eiweiß angegeben gefunden und daraus für die Familie einen Eiweißgehalt von 2437,6 g berechnet. In

der gleichen Weise für die übrigen Nahrungsmittel durchgeführt ergab mithin die Berechnung 5347,3 g Eiweiß in der aufgenommenen Nahrung. Ganz in der entsprechenden Weise verfuhr ich bei der Ausrechnung des Gehaltes an Fett und an Kohlehydraten. Ich bekam so 1536,2 g Fett und 45205,0 g Kohlehydrate. Die Familie hatte demnach in 10 Tagen an Nahrungsstoffen aufgenommen: 5347,3 g Eiweiß, 1536,2 g Fett und 45205,0 g Kohlehydrate.

Nachdem ich jetzt wußte, wieviel Gewichtsmengen an Nahrungsstoffen die Leute zur Verfügung hatten, mußte ich noch zusehen, wieviel Nahrungsstoffe nach den Ergebnissen der Physiologie und Hygiene für sie zu verlangen waren. Zu diesem Zweck stellte ich mir nach den Lehrbüchern von Voit und Flügge eine weitere Tabelle zusammen, in die für jedes der 9 Familienmitglieder die zu fordernde Nahrungsstoffmenge eingetragen wurde. So erhielt ich als Forderung für den einzelnen Tag 628 g Eiweiß, 376 g Fett und 2315 g Kohlehydrate, während sich aus der Zusammenstellung des Verbrauches in 10 Tagen ergab, daß der Familie für den einzelnen Tag 534,7 g Eiweiß, 153,6 g Fett und 45205,0 g Kohlehydrate zur Verfügung standen.

Ich konnte nunmehr endlich Soll und Haben einander gegenüberstellen. Es stellte sich dabei ein Defizit für Eiweiß von 93,3 g, für Fett von 222,4 g ein Ueberschuß an Kohlehydrate von 2205,5 g heraus. Da ein Ueberschuß an Kohlehydraten an Stelle des zu wenig eingeführten Fettes treten kann und da ein weiterer Ueberschuß das Körpereiweiß vor dem Abbau schützen kann, ließ sich schließlich die Bilanz ziehen.

Das gleiche Verfahren wie bei dieser Familie wurde auch bei den anderen Familien eingehalten; ich hatte mir damit ein Bild verschafft über die Ernährung dieser Familien.

Diese Beobachtungen konnten einigermaßen bei der Frage des Eiweiß-Minimums oder einer Armenkost verwertet werden. Auch hierzu wollte ich den Versuch machen, mußte aber davon Abstand nehmen, weil ich alle meine Aufschreibungen in den jeweiligen Jahresberichten vorgelegt und zu wenige Notizen zurückbehalten hatte, um an diesem Materiale weiterzuarbeiten.

Die eben erwähnten Fragen drängten sich mir jedoch in den Vordergrund durch 2 Vorträge, die Prof. Rubner während des 14. Internationalen Kongresses für Hygiene zu Berlin gehalten hat und die später auch als Sonderabdrücke veröffentlicht sind. Es heißt hier:

„Von der Frage: Was ist das absolute Minimum der Eiweißstoffe, durch deren Zufuhr man beim Menschen noch ein N.-Gleichgewicht erzielen kann?, ist abzutrennen die Feststellung eines Kostmaßes für Personen, welche gemeinsam verköstigt werden sollen.“

„Die Einstellung auf ein Minimum hat den großen Nachteil, daß sehr leicht ein N-Verlust vom Körper eintritt. Ein N-Verlust, den ungenügende Nahrung in wenigen Tagen herbeiführt, wird bei einer das Eiweißminimum des Tieres wenig überschreitenden Zufuhr erst in vielen Wochen wieder ausgeglichen.“

„Zudem ist es nicht erlaubt, aus dem minimalsten Eiweiß-Verbrauch, den man bei einer Kostart gewonnen hat, einen Schluß auf andere Ernährungsweisen zu ziehen."

„Die erste Aufgabe einer richtigen Kost erkennen wir in der Erhaltung eines gesunden, normal entwickelten Körpers; daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Beurteilung des Körperzustandes einer Person."

„Nach dieser Richtung müssen also in Zukunft bei Untersuchungen der Ernährungsverhältnisse Messungen angestellt werden. Ich bemerke aber, daß keineswegs in allen Ernährungsfragen nur mit dem Körpergewicht operiert werden kann."

„Mitunter wird der Ernährungsmißstand verschärft, wenn Anforderungen durch Arbeit an einen eventuell herabgekommenen Körper gestellt werden."

„Die Wirkung der Kost ist eine verschiedene bei Personen in geschlossenen Räumen und bei Personen, die unter gesunden hygienischen Verhältnissen einen genügenden Aufenthalt im Freien nehmen können."

„Am häufigsten sieht man Sinken des Körpergewichts bei Leuten, die sich dauernd in geschlossenen Räumen aufhalten."

„Wir haben allen Grund, in der Gewichtsabnahme eine bedeutungsvolle Ursache für die schlechte Gesundheit zu sehen."

„Man kann nun unter Armenkost eine Kost begreifen, die zur Erhaltung eines normalen Körpergewichts, wie es der Körpergröße entspricht, nicht hinreicht."

„Eine Armenkost ist in den meisten Fällen auch das, was in den Gefängnissen geboten wird."

„Die Ernährungsphysiologie ist sehr wohl in der Lage, uns die Bedürfnisse der normalen Ernährung zu schildern; aber wenn man die Ernährungsweisen verschiedener Art im praktischen Leben beurteilen will, so gibt es keine einfachen Schemata, auf die der Laie ohne weiteres zurückgreifen könnte."

„Eine einzige Normalkost gibt es ebensowenig, wie es ein allgemeines Normalschuhwerk gibt. Eine Kritik der Volksernährung kann man auf die Basis der Kost eines mittleren Arbeiters und auf die Basis der mittleren gemischten Kost Voit's nicht gründen."

„Zur Begriffsbildung ungenügender oder Armenkost kann man sich nicht stützen: 1) auf einen bestimmten Eiweißgehalt, 2) auch nicht auf den Mangel an Fleisch und 3) auch nicht auf den völligen Mangel an Animalien. Zum Begriff gehört der Nachweis der Schädigung des Körperbestandes."

„Kartoffelkost ist diejenige Ernährungsform, welche in der Not am ehesten noch trotz ihrer N-Armut ein N-Gleichgewicht ermöglicht."

„Wenn es sich um Vorschläge für eine Verköstigung von Berufsklassen handelt, so müssen wir in Betracht ziehen, daß wir unter keinen Umständen Minimalwerte fordern dürfen."

„Steht die Kost im Eiweißgehalt über dem Minimum, so sind gelegentliche Minderungen der Zufuhr gewiß ohne alle gesundheitliche Bedeutung und gleichen sich bald wieder aus."

„Ich denke aber, es wird, wenn man an der Forderung von 118 g Eiweiß festhält, immer ein Ueberschuß von Eiweiß vorhanden sein."

„Wenn man für Leute, die sich nicht selbst verköstigen können, die Nahrung zu besorgen hat, so möchte ich meinen, daß man sich an die von Voit gegebene Zahl wird halten können."

Rubners Ausführungen fanden vielen Beifall; ich halte es auch für möglich, daß der Engländer Whyte unter ihrem Einflusse die proteinarme Diät als Mitursache für die Häufigkeit der Tuberkulose in China anspricht. Deutliche Anklänge an Rubner läßt eine Arbeit von Tibbles erkennen; er meint, daß auch viel kleinere Proteinmengen, als die von Voit angegebenen ausreichen; trotzdem tue der Arzt gut, daran als dem Optimum festzuhalten. Proteinunterernährung ist unter den ärmeren Klassen häufig und die Quelle vieler Gesundheitsstörungen.

Diese Gesichtspunkte Rubners konnte ich, wie erwähnt,

bei meinen früheren Zusammenstellungen über die Ernährung einzelner Familien nicht mehr verwerten. Da mir aber weitere Familien nicht mehr zur Verfügung standen, suchte ich jenes Ziel durch das Studium der Kostordnung in den Landgerichtsgefängnissen zu erreichen. Daß ich mein Ziel nicht vollständig erreichte, liegt in Verhältnissen, gegen die ich nicht ankämpfen konnte.

Die Kostordnung für die Landgerichtsgefängnisse wird geregelt nach den Vorschriften des § 11 der Bekanntmachung vom 23. April 1883. Dort wird als Mindestkostmaß verlangt, daß auf den Tag 85 g Eiweiß, 30 g Fett und 300 g Kohlehydrate entfallen.

Ich habe nun die Kostordnung eines jeden der 5 Oberlandesgerichtsbezirke genau zusammengestellt und daraus die Nahrungsstoffmengen für jeden einzelnen Tag und weiterhin die Durchschnittszahl für jeden Oberlandesgerichtsbezirk berechnet [1]). Hervorzuheben ist die aus den aufgestellten Kostordnungen sich ergebende Tatsache, daß jede den landesüblichen Gebräuchen bei der Auswahl der Speisen möglichst sich anzupassen sucht.

Ein wesentlicher Unterschied ergibt sich bei der Verabreichung von Abendsuppen. In den Bezirken Bamberg und Nürnberg wird überhaupt keine Abendsuppe verabreicht; im Bezirke Augsburg erscheint sie wöchentlich einmal, im Bezirk München wöchentlich zweimal und im Bezirk Zweibrücken täglich auf der Speisenfolge. Wichtig erscheint dieser Hinweis deshalb, weil für viele Menschen infolge langer Gewöhnung an ein warmes Abendessen die plötzliche und vollständige Unterdrückung eines solchen oft recht hart empfunden wird. Doppelt hart wird diese Einbuße deshalb empfunden, weil die Gefangenen in der Zeit von mittags 11 Uhr bis zum nächsten Morgen gegen 7 Uhr, also nahezu 20 Stunden, ohne andere Nahrung außer trockenem Brot und kaltem Wasser bleiben müssen. Es ist ja die Darreichung einer täglichen Abendsuppe keineswegs erforderlich; nötig aber erscheint eine solche wenigstens 2—3 mal in jeder Woche. Am empfindlichsten wird natürlich der Ausfall einer Abendsuppe im Winter verspürt.

Während der eben besprochene Mangel jeglicher warmer Abendsuppe infolge langer Gewöhnung an eine andere Einteilung der Mahlzeiten nur von einem Teil der Insassen eines Gefängnisses als hart und einschneidend empfunden wird, tritt ein anderer Schaden für den einzelnen Menschen viel unmerklicher in die Erscheinung, obgleich er unvergleichlich einschneidender ist. Es ist das der Schaden, der einem Menschen durch Unterernährung zugefügt wird. Vom Arzt und Hygieniker muß gegen eine solche daher vor allem angekämpft werden.

Ob eine Unterernährung durch die Kostordnung in den Landgerichtsgefängnissen hervorgerufen wird, ließe sich am

---

[1]) Siehe Anlage a bis e, S. 35 flg.

sichersten durch eine möglichst große Zahl von Wägungen bei recht vielen Gefangenen feststellen, die längere Zeit, also bis zu 3 Monaten, im Gefängnisse sind. Eine dahin zu rechnende Beobachtung gab mir Veranlassung zur Prüfung des Kostwertes. Ich beobachtete nämlich einen Insassen täglich, weil er die leichtere Hausarbeit verrichten mußte. Der Mann kam so wohlgenährt in das Gefängnis, daß keine Hose aus den Vorräten gut über seinem Bäuchlein schloß. Ohne daß er je über Unwohlsein klagte, wurde die Hose weiter und weiter und schlotterte im dritten Monat ganz gewaltig um den Leib. Einen so sehr auffallenden Rückgang habe ich nur noch ein zweites Mal zufällig wahrgenommen. Da nicht alle Gefangenen regelmäßig dem Arzte vorgeführt werden, ist es recht gut erklärlich, wenn man nur gelegentlich einmal solche Erfahrungen sammeln kann.

Direkte Wägungen vorzunehmen war mir leider nicht möglich. Daher mußte ich mich bei der Prüfung, ob eine Unterernährung mit der gereichten Kost zu erwarten sei, auf die Berechnung des Nährwertes und den Vergleich mit den Forderungen der Hygiene beschränken. Flügge verlangt:

für einen schwächlichen Mann in der Ruhe 85 g Eiweiß, 40 g Fett, 300—400 g Kohlehydrate,

für einen kräftigen Mann in der Ruhe 105 g Eiweiß, 50 g Fett, 400 bis 500 g Kohlehydrate,

für einen kräftigen Mann mäßig arbeitend 122 g Eiweiß, 75 g Fett, 400—500 g Kohlehydrate.

Alle diese Zahlen sind, wie auch die bereits erwähnten 118 g Eiweiß Voit's nicht etwa Minimalwerte, die durch Laboratoriumsversuche festgestellt wurden, sondern es sind Erfahrungs-Kostsätze. Minimalwerte dürfen wir unter keinen Umständen annehmen.

Vergleichen wir nun diese Kostmaße mit den aus den Landgerichtsgefängnissen erhaltenen Zahlen, so erweist sich die Kost in Augsburg und vornehmlich die in Bamberg noch nicht einmal genügend für einen schwächlichen Mann in der Ruhe; die Kost in München, Nürnberg und Zweibrücken übersteigt teilweise diese Forderung.

Da in einem Landgerichtsgefängnisse keineswegs nur schwächliche Männer interniert sind, so ist weiterhin zu prüfen, was kräftige Männer verlangen sollten und was sie erhalten. Da finden wir denn, daß die Forderung von 105 g Eiweiß in keiner einzigen Kostordnung erreicht wird; die Forderung von 50 g Fett wird in München und Zweibrücken erreicht, teilweise sogar überstiegen; die Forderung von 500 g Kohlehydraten wird nur in Zweibrücken erreicht.

Es werden in einem Gefängnisse die schwächlichen und kräftigen Männer keineswegs durchgehends in Ruhe gehalten. Sehr viele werden vielmehr zum Holzzerkleinern, eine kleinere Anzahl zu landwirtschaftlichen Arbeiten auf einem benachbarten Gutshof herangezogen. Wenn wir diese Arbeiten auch nur als mäßige bezeichnen, so treten doch alle 5 Kostordnungen beträchtlich zurück hinter den Forderungen von Eiweiß und Fett;

nur der Bedarf an Kohlehydraten wird noch in Zweibrücken gedeckt.

Alle diese mäßig arbeitenden Leute erleiden folglich eine Einbuße an ihrem substanziellen Bestand und müssen deren Folgen tragen. Besonders hart trifft diese Unterernährung jene Leute, die nach ihrer Entlassung nicht nur für sich, sondern auch für ihre Familie Geld verdienen sollen. Wir haben von Rubner gehört, daß die Unterernährung erst in viel längerer Zeit ausgeglichen werden kann, als es Zeit kostete, sie herbeizuführen durch die Anwendung des Mindestmaßes. Die Mangelhaftigkeit des Mindestmaßes erhellt auch direkt aus der Forderung von 300 g Kohlehydraten. In jeder der 5 Kostordnungen wird dieses Mindestmaß beträchtlich überschritten. Das mag vielleicht daran liegen, daß bei einem genau eingehaltenen Kostmaß die vorhandene Nahrungsstoffmenge auch nicht das bescheidenste Hungergefühl befriedigen könnte.

Die 85 g Eiweiß, die den Kostordnungen zu Grunde liegen, reichen also nicht aus, weil sie ein Eiweißminimum darstellen. Ein solches Kostmaß fällt unter die von Rubner als Armenkost gekennzeichnete Nahrung, ruft Unterernährung hervor und dadurch eine Schädigung des Körperzustandes.

Wenn es nötig sein sollte, auf das Beispiel anderer Staaten hinzuweisen, so kann ich aus der Schweiz berichten, daß dort täglich eine Abendsuppe gereicht wird und die Nahrungsstoffmenge 95 g Eiweiß, 60 g Fett und 500 g Kohlehydrate repräsentiert. Näher liegt uns aber das vorbildliche Beispiel Preußens. Hier wurden im Jahre 1903 die bis dahin geltenden Kostordnungen einer Prüfung unterzogen. Da es sich ergab, daß sie nach den neueren Erfahrungen ungenügend waren, wurde eine neue Kostordnung entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft zusammengesetzt. Der Grundsatz für diese neue Kostordnung lautet: „Nach den geltenden Anschauungen soll die tägliche Kost nicht sehr angestrengter Arbeiter enthalten: 118 g Eiweiß, 50 g Fett, 500 g Kohlehydrate.“ Dieser Grundsatz dürfte auch für Bayern Geltung haben, umsomehr, als hierbei Voits 118 g Eiweiß, allerdings in etwas anderer Begründung, wieder zu Ehren kommen.

(Lebhafter Beifall.)

Diskussion:

Med.-Rat Dr. **Erdt**, Landgerichtsarzt in München: Es handelt sich hier um eine Zeit, in der wir gelernt haben, daß eine Ernährung des Menschen ohne Gewichtsverlust nur nach ganz bestimmten proportionalen Zusammensetzungen von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten möglich ist, wie solche Pettenkofer und Hirt durch Versuche festgestellt haben. Es steht eine Anzahl neuerer Physiologen nicht mehr auf diesem Boden. Es könnte also sein, daß alle diese Voraussetzungen mit der Zeit nicht mehr zu Recht bestehen und zu neuen Kostordnungen führen müssen. Was die bisherige Kostordnung der Gefängnisse anbelangt, kann ich nur von dem kleinen Schweinfurt sprechen. Es lassen sich hier Kompromisse finden in der Weise, daß der Staatsanwalt mit dem jeweiligen Gefängnisarzte sich verständigt, und daß so in der Ernährung eine gewisse Anpassung erreicht wird; z. B. könnte nahegelegt werden, daß man

einzelnen Arbeitern, die gut genährt sind, auch abends eine Suppe und Brot als Zulage gibt, trotzdem sie nicht krank sind. Jetzt ist es vielfach Usus, daß kränkliche oder unterernährte Häftlinge noch Milch als Zulage erhalten. Die professionsmäßigen Stromer wissen das ganz genau, wie sie es machen müssen, um eine Zulage herauszubekommen; ich möchte daher die Kollegen vor einer Generalisierrung warnen. Immerhin soll ein Gefängnisarzt bei kräftig genährten Menschen, die verhältnismäßig geringe Zeit verbüßen und daher mehr Eiweiß und Fett nötig haben, diesen Mangel ausgleichen und ihnen etwas Zulage geben.

Landgerichtsarzt Dr. **Schwink**-Ansbach: Ich möchte nur dem Herrn Vorredner erwidern, daß das, was die Abendsuppe ausmacht, für den einzelnen nur ein Gewinn zu sein scheint, weil er etwas Warmes aufnimmt; es handelt sich dabei also nur um einen Scheindienst. Darin stimme ich aber mit ihm überein, daß der Stromer nicht das Gleiche bekommen soll, wie andere Leute; es muß vielmehr eine Auswahl getroffen werden. Der Stromer ist nicht gewöhnt, abends etwas zu erhalten, bekommt auch draußen nicht 118 g Eiweiß und kann deshalb mit geringerer Eiweißmenge auskommen. Wir müssen hauptsächlich für die ein Wort einlegen und für das Essen derer sorgen, die durch eine Affekthandlung oder durch irgendeine Notlage in das Gefängnis gekommen sind und nach ihrer Entlassung wieder durch die Arbeit ihren Unterhalt erwerben müssen. Bei ihnen genügt eine Abendsuppe nicht und deshalb müssen wir es machen, wie dies bereits in anderen Staaten geschieht.

Med.-Rat Prof. Dr. **Stumpf**, Landgerichtsarzt in Würzburg: Die Ausführungen des Herrn Kollegen Schwink erscheinen mir zunächst insofern sehr beachtenswert, als auch ich auf Grund meiner 13jährigen Erfahrung als Gefängnisarzt an einem größeren Untersuchungsgefängnis es für wünschenswert halten muß, daß für alle Landgerichts- und Amtsgerichtsgefängnisse eine möglichst einheitliche Kostordnung aufgestellt würde. Die Tagessätze an Fleisch und Brot sind ja in der Hausordnung für die Untersuchungsgefängnisse genau normiert, in bezug auf die Suppeneinlagen jedoch und besonders auch im Punkte der Verabreichung von Abendsuppen besteht keine gleichmäßige Uebung.

Ich selbst mache von der Gewährung von Abendsuppen in unserem mit durchschnittlich 90 Leuten belegten Gefängnis ziemlich häufig Gebrauch, besonders bei älteren Individuen von über 50 Jahren, aber auch bei jüngeren und zwar dann, wenn ich bei den Wägungen eine wesentlichere Abnahme feststellen kann. Auf Wunsch gewähre ich in solchen Fällen statt Abendsuppe die Brotzulage. Beides zusammen wird bei uns nur sehr selten gewährt, z. B. bei ungewöhnlich großen Personen.

Ich verhehle nicht, daß ich mit der Genehmigung oder Verweigerung von Kostzulagen häufig eine Art disziplinärer Maßnahmen verbinde, indem ich mich fast stets bei den Gefängnisaufsehern erkundige, ob sich die betreffenden Häftlinge ordnungsgemäß führen.

Häufige Wägungen sind m. E. überhaupt sehr zweckmäßig und sind selbstverständlich ganz unentbehrlich bei gewissen der Simulation verdächtigen Personen.

Im Ganzen stehe ich nicht unter dem Eindruck, daß die für die Untersuchungsgefängnisse bestehenden Kostsätze in erheblichem Grade zu niedrig bemessen seien. Eine kleine Erhöhung wäre vielleicht im Sinne der von Herrn Kollegen Schwink gegebenen Anregungen angezeigt. Aber auch bei der bisherigen Uebung werden wir im allgemeinen auskommen können, wenn wir entsprechand individualisieren und von unserer Befugnis, Krankenkost und Kostzulagen zu gewähren, nicht allzu ängstlichen Gebrauch machen.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger**-Augsburg. Ich möchte darauf hinweisen, daß in Nürnberg in freigebiger Weise von der Zulagekost Gebrauch gemacht wird. Außerdem wird Abendsuppe regelmäßig gereicht und dies dadurch erreicht, daß die Mittagssuppe in etwas verdünntem Zustande gegeben wird. Gewiß, der Nährwert einer solchen Suppe ist recht gering, immerhin ist es eine warme Suppe; auch wird es von den Gefangenen sehr angenehm empfunden, wenn sie abends etwas Warmes erhalten. Es muß also konstatiert, werden, daß schon bei den gegenwärtigen Bestimmungen von der Zulagekost individuell ein recht ausgiebiger Gebrauch gemacht werden kann.

Landgerichtsarzt Dr. **Schwink**: Ich möchte darauf hinweisen, daß wir als Zulage Abendsuppe und Brot reichen; Milch können wir nur bei Kranken

geben, bei Gesunden ist ihre Verabfolgung unzulässig. Es hat mich sehr interessiert zu hören, daß Herr Prof. Dr. Stumpf Wägungen vorgenommen hat, die meiner Ansicht nach unbedingt nötig sind. Ich habe gebeten, eine Wage auf meine Kosten aufstellen zu dürfen, aber es wurde mir abgelehnt.

Med.-Rat Prof. Dr. **Stumpf**-Würzburg: Ich kann nur sagen, daß ich außerordentlich häufig wiege und daß die Wage mir ganz unentbehrlich geworden ist. Besonders auch bei Wiedereinlieferungen ist sie gelegentlich von großem Werte, weil man dann an der Hand der Wägeliste gewisse Angaben der Wiedereingelieferten über durchgemachte Erkrankungen, Magenstörungen usw. wenigstens ungefähr kontrollieren kann.

Bezirksarzt Dr. **Brinsteiner**-Landsberg: Ich bin sehr verwundert, daß die Frage des Wägens in Strafanstalten erwähnt wird. Es ist doch Vorschrift, daß die Gefangenen bei der Aufnahme und bei der Entlassung gewogen werden (Zuruf: Nicht bei den Landgerichtsgefängnissen!); aber in Strafanstalten. Ich führe das seit Jahren genau durch und habe Vergleiche gezogen von durchschnittlich 560 Jahresgefangenen. Von diesen hat $^1/_3$ zugenommen, $^1/_3$ ist gleichgeblieben und $^1/_3$ nahm ab. Kostzulagen sind zwar im Amtsgerichtsgefängnis nicht erlaubt, gegen ihre Verabfolgung hat aber der Oberamtsrichter keine Schwierigkeiten gemacht, falls sie sich als notwendig erwiesen. In einem Falle beschwerten sich die Sträflinge, die Nachhaft hatten, daß sie früh und abends keine Suppe bekamen; es wurde beantragt, daß die Fleischkost vermindert und dafür früh und abends Suppe gereicht werden sollte. Der Antrag wurde anstandslos genehmigt. Im großen und ganzen glaube ich, daß die Sträflinge genügend ernährt werden. Im Durchschnitt habe ich Zunahmen von 3—4 Pfd. gefunden.

Bezirksarzt Dr. **Schwink** (Schlußwort): Ich danke für die Mitteilungen bezüglich der Wägungen. Inbetreff der Notwendigkeit einer Aenderung der Kostsätze verweise ich nochmals auf die Gutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Preußen aus dem Jahre 1903.

Anlage A.

Kostordnung

des Oberlandesgerichtsbezirks **Augsburg.**

Sonntag:	morgens:	Brennsuppe aus 15,0 Fett, 60 g Mehl.
	mittags:	170 g Fleisch, 30 g Haferflaum.
Montag:	morgens:	Brotsuppe: 15 g Fett, 125 g Brot.
	mittags:	170 g Fleisch, Kartoffelgemüse aus 670 g Kartoffeln, 10 g Fett.
Dienstag:	morgens:	Brennsuppe wie Sonntags.
	mittags:	170 g Fleisch, 60 g Reis.
Mittwoch:	morgens:	Brotsuppe wie Montags.
	mittags:	170 g Fleisch, Gemüse: 500 g Kohl, 10 g Fett.
Donnerstag:	morgens:	Brennsuppe wie Sonntags.
	mittags:	170 g Fleisch, 60 g Gries.
Freitag:	morgens:	Brennsuppe wie Sonntags.
	mittags:	2 Semmel, 50 g Erbsen.
	abends:	Brotsuppe wie Montags morgens.
Samstag:	morgens:	Brennsuppe wie Sonntags.
	mittags:	170 g Fleisch, 330 g Sauerkraut und 10 g Fett.

Außerdem täglich 560 g Brot.

Nahrungsstoffe
der Kostordnung des Oberlandesgerichtsbezirks Augsburg.

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Sonntag	80,125	28,911	331,372
Montag	91,0	38,451	466,5995
Dienstag	79,975	27,711	358,372
Mittwoch	92,6	38,111	367,9095
Donnerstag	82,675	28,011	354,172
Freitag	70,287	35,713	483,9845
Samstag	82,735	37,777	327,922
	579,397	234,685	2690,3315 g.
Durchschnitt pro Tag	82,771	33,526	384,333

Anlage B.

Kostordnung

des Oberlandesgerichtsbezirks **Bamberg**,

Sonntag: 100 g gesottenes = 170 g ungekochtes Ochsenfleisch und 130 g Reis.
Montag: 170 g Fleisch und 130 g Gerste.
Dienstag: 170 g Fleisch und 250 g Kraut und 500 g Kartoffeln.
Mittwoch: 170 g Fleisch, 100 g Erbsen uud 60 g Reis.
Donnerstag: 170 g Fleisch und 130 g Gries.
Freitag: 2 Klöße von 200 g Weißbrot, 40 g Mehl und 50 g Kartoffeln.
Samstag: 170 g Fleisch, 1000 g Kartoffeln und 20 g Fett.

Außerdem wird als Morgensuppe ein Teil der Brotration verwendet, die 560 g beträgt.

Nahrungsstoffe
der Kostordnung des Oberlandesgerichtsbezirks Bamberg.

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Sonntag	78,725	12,811	370,122
Montag	85,350	13,734	360,242
Dienstag	85,075	13,011	384,072
Mittwoch	96,975	14,111	367,672
Donnerstag	84,875	13,461	361,022
Freitag	52,712	4,188	412,222
Samstag	90.075	33,511	475,072
	573,287	104,827	2730,424
Durchschnitt pro Tag	81,898	14,975	390,060 g.

Anlage C.

Kostordnung

des Oberlandesgerichtsbezirks **München.**

Im Sommer.

Sonntag: morgens: Brennsuppe mit 40 g Mehl, 15 g Fett.
mittags: 170 g Fleisch, 30 g Gerste, 250 g Wirsing mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Montag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 30 g Haferflaum, 250 g gelbe Rüben mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Dienstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Reis, 250 g Kohlrabi mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Mittwoch: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 100 g Erbsen mit 10 g Fett und 10 g Mehl, Schmarrn aus 120 Mehl, 1/5 l Milch, 30 g Fett, 1/2 Ei.
abends: 30 g Haferflaum, 15 g Fett.
Donnerstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Gerste, 250 g Wirsing mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Freitag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: Knödel aus 150 g Semmel, 10 g Mehl, 5 g Fett, 1/8 l Milch und 1 Ei. Brühe aus 50 g Mehl, 20 g Fett.
abends: 60 g Erbsen, 5 g Fett, 10 g Mehl.
Samstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Reis, 250 g Kohlrabi mit 20 g Fett und 15 g Mehl.

Außerdem täglich 560 g Brot.

Im Winter.

Sonntag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Gerste, Kartoffelgemüse aus 300 g Kartoffeln mit 20 g Fett und 15 g Mehl.

Montag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 30 g Haferflaum, Sauerkraut aus 180 g Kraut mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Dienstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Reis, Kartoffelgemüse aus 300 g Kartoffeln mit 20 g Fett und 15 g Mehl.
Mittwoch: morgens, mittags und abends wie im Sommer.
Donnerstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 170 g Fleisch, 50 g Rollgerste, Kartoffelgemüse aus 300 g Kartoffeln mit 20 g Fett u. 15 g Mehl.
Freitag: morgens, mittags und abends wie im Sommer.
Samstag: morgens: Brennsuppe wie oben.
mittags: 179 g Fleisch, Erbsensuppe aus 60 g Erbsen, 10 g Mehl und 5 g Fett, Sauerkraut aus 180 g Kraut. 20 g Fett und 15 g Mehl.

Außerdem täglich: 560 g Brot.

Nahrungsstoffe
der Kostordnung des Oberlandesgerichtsbezirks München.

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Sommer:			
Sonntag	86,450	48,416	855,622
Montag	82,125	49,361	344,022
Dienstag	86,325	48,061	366,922
Mittwoch	87,887	89,188	472,872
Donnerstag	86,450	48,416	355,622
Freitag	79,637	61,738	468,647
Samstag	86,325	48,061	366,922
Winter:			
Sonntag	87,450	48,516	405,222
Montag	83,225	49,221	.336,772
Dienstag	84,825	48,161	409,022
Mittwoch	87,887	89,188	472,872
Donnerstag	87,450	48,516	405,222
Freitag	79,637	61,738	463,647
Samstag	93,975	53,721	355,372
	1199,648	792,302	5573,758
Durchschnitt pro Tag	85,682	56,593	898,125 g.

Anlage D.

Kostordnung
des Oberlandesgerichtsbezirks **Nürnberg.**

Täglich werden 560 g Brot verabfolgt. Außerdem wird eine Morgensuppe gegeben, zu welcher 140 g Brot und 10 g Fett verwendet werden.

An Stelle von dieser Morgensuppe kann eine Brennsuppe treten aus 70 g Brot, 10 g Fett und 50 g Mehl. Da die Brennsuppe in vielen Gegenden nicht sehr bekannt, jedenfalls nicht sehr beliebt ist, wird in manchen Gefängnissen ausschließlich die Morgensuppe gegeben.

Die Mittagsmahlzeit besteht aus 170 g Fleisch und einer Einlage von 30 g Hafergrütze, oder 80 g Reis, oder 80 g Linsen, oder 100 g Gerste, oder 100 g Gries, oder 100 g Erbsen, oder 500 g Kartoffeln.

Gestattet ist ferner für diese Einlage eine Fleischsuppe mit 100 g Sauerkraut.

Nahrungsstoffe
der Kostordnung des Oberlandesgerichtsbezirks Nürnberg.

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Sonntag	82,553	23,983	355,19
Montag	83,703	22,983	397,89
Dienstag	99,303	23,783	377,49
Mittwoch	90,253	23,893	405,99

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Donnerstag	89,503	23,683	406,59
Freitag	101,503	24,183	387,59
Samstag	88,503	23,183	438,59
	635.321	165,691	2769,33
Durchschnitt pro Tag	90,760	23,670	395,618 g.

Anlage E.

Kostordnung
des Oberlandesgerichtsbezirks **Zweibrücken.**

Die Gefangenen erhalten morgens 1/4 l Milch, ferner eine Mittagskost und täglich eine Abendsuppe aus folgenden Nahrungsmitteln:

Sonntag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 150 g Fleisch, 50 g Gerste, 40 g Mehl, 625 g Kartoffeln, 30 g Fett, 40 g Brot.
Montag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 175 g Erbsen, 80 g Reis, 35 g Mehl, 45 g Schmalz.
Dienstag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 200 g Bohnen, 375 g Kartoffeln, 45 g Schmalz, 35 g Mehl.
Mittwoch: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 1125 g Kartoffeln, 50 g Brot, 35 g Mehl, 45 g Schmalz.
Donnerstag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 150 g Fleisch, 1000 g Kartoffeln, 40 g Schmalz, 35 g Mehl.
Freitag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 150 g Erbsen, 550 g Kartoffeln, 35 g Mehl, 45 g Schmalz.
Samstag: 1/4 l Milch, 625 g Brot, 175 g Linsen, 250 g Kartoffeln 35 g Mehl, 45 g Schmalz.

Nahrungsstoffe
der Kostordnung des Oberlandesgerichtsbezirks Zweibrücken.

	Eiweiß:	Fett:	Kohlehydrate:
Sonntag	103,243	53,482	524,2105
Montag	95,325	62,65	491,3125
Dienstag	106,375	63,10	51-,2625
Mittwoch	75,385	60,84	593,4475
Donnerstag	101,960	63,135	543,6375
Freitag	95,375	62,45	529,2375
Samstag	100,375	62,35	481,1375
	678,038	428,007	3681,2455
Durchschnitt pro Tag	96,862	61,144	525,8922 g.

III. Rechenschaftsbericht, Wünsche und Anträge.

1. Rechenschaftsbericht.

Polizeiarzt Dr. **Pallikan**-München: Der Verein zählt heute 374 Mitglieder. Leider hat auch heuer wieder der Tod eine empfindliche Lücke in unsere Reihen gerissen. Es starben:

Bezirksarzt Dr. Bisson in Forchheim,
Bezirksarzt a. D. Dr. Grahammer, früher in Memmingen, zuletzt in München,
Bezirksarzt Dr. Harder in Nürnberg,
Dr. Ernst Schwarz in Memmingen,
Bezirksarzt Dr. Weikard in Kempten,
Med.-Rat Dr. Weiß, Landgerichtsarzt in Bayreuth.

Ich bitte die Versammlung, sich zum Zeichen der Trauer von den Sitzen zu erheben.

(Geschieht.)

Ich danke den Herren.

Der Abschluß des Kassabuches ergibt:

Summe der Einnahmen		M. 5710,10
„ „ Ausgaben		M. 5333,61
	Verbleiben +	M. 376,49
Barbestand am 2. Juli 1911		M. 678,70
Heutiger Barbestand		M. 1055,19
Auf der Dresdener Bank nach dem Stande vom 10. Juni 1912		M. 1026,60
Vereinsvermögen		M. 2081,79

Die im Vorjahre gewünschten, nach Kreisen geordneten Mitglieder-Verzeichnisse liegen auf.

Vorsitzender: M. H.: Die Bücher und Kasse des Herrn Rechnungsführers sind revidiert und richtig befunden. Wir können somit Herrn Kollegen Pallikan volle Entlastung erteilen und ihm zugleich unseren wärmsten Dank für seine aufopfernde langjährige Mühewaltung zum Ausdruck bringen.

2. Bericht der Vorstandschaft.

Vorsitzender: Ich bringe nunmehr zwei Beschlüsse der Vorstandschaft von gestern Abend zur Kenntnis. Sie lauten:

a) Antrag an die K. Staatsregierung: Für den großen amtsärztlichen Dienstaufwand im allgemeinen ein angemessenes Aversum und für das Amtszimmer im besonderen eine jährliche Amtsunkostenentschädigung zu gewähren.

b) Antrag an die K. Staatsregierung: eine Pensionsregulierung für die königlichen Bezirksärzte in der Weise eintreten zu lassen, daß bei Berechnung des pensionsfähigen Diensteinkommens der Bezirksärzte gemäß deren Rang und in Uebereinstimmung mit dem höheren Gehalt der Landgerichtsärzte M. 1800 bezw. später M. 1200 zugerechnet werden wollen.

Nach längerer Beratung sind wir zu der Ansicht gelangt, daß diese Fragen in der Tat schon spruchreif sind. Die Vorstandschaft wird in Ihrem Namen die Anträge dem K. Staatsministerium übergeben.

Ich frage, ob dagegen Widerspruch erhoben wird? Es ist nicht der Fall; ich kann also Ihre Zustimmung annehmen.

3. Wünsche und Anträge aus dem Kreise der Versammelten

werden nicht geäußert.

4. Vorstandswahl.

Von den Kreisvorsitzenden wurde an Stelle des eine Wiederwahl mit Dank ablehnenden bisherigen Landesvorsitzenden Herr Bezirksarzt Dr. Frickhinger in Augsburg gewählt und es diesem überlassen, an Stelle des bisherigen Schriftführers, der

gleichfalls eine Wiederwahl ablehnte, den Schriftführer des Kreises Schwaben und Neuburg als Kassenwart und Schriftführer zu gewinnen. Dies ist inzwischen geschehen und das Schriftführeramt von Dr. Adolar Schuster, Polizeiarzt in Augsburg, übernommen worden.

Landesvorsitzender Med.-Rat Dr. **Henkel**-München: Meine Herren! Ich kann es mir nicht versagen, beim Rücktritt von dem ehrenvollen Amte des Landesvorsitzenden den Herren Kollegen den tiefgefühlten Dank für ihr Entgegenkommen und ihre Unterstützung auszusprechen. Wer wollte in Abrede stellen, daß wir bayerischen Medizinalbeamten durch eine Reihe neuer Verordnungen und Bestimmungen, durch eine fortschrittliche Umgestaltung unseres Staatsmedizinalwesens in den letzten Jahren in unseren Aufgaben und Zielen gehoben worden sind, wenn auch eine Anzahl von Wünschen nicht erfüllt wurde. Jeder Stand im großen Gefüge des staatlichen Organismus muß sich einordnen in das ganze und als lebendiges Glied in vollem Eifer mitwirken. Auf diese Weise wird sich manches erreichen lassen. Wir wollen arbeiten, jeder an seinem Teile, mit aller Hingebung.

Wir haben das Vertrauen zur königlichen Staatsregierung, daß sie unsere Leistungen für das allgemeine Wohl anerkennen und unseren berechtigten Bestrebungen für das Gedeihen unseres Standes Wohlwollen und Unterstützung gewähren wird. Wir sind im Beginne einer neuen Zeit, Glückauf zu neuen Erfolgen!

(Allseitiger Beifall!)

Ich übergebe den Vorsitz Herrn Kollegen Dr. Frickhinger.

Landesvorsitzender Bezirksarzt Dr. **Frickhinger**-Augsburg: M. H.! Indem ich den Vorsitz übernehme drängt es mich, meinen tiefgefühltesten Dank für das Vertrauen auszusprechen, das mir die Herren Kreisvorsitzenden durch Uebertragung des Landesvorsitzes bewiesen haben. Trotzdem übernehme ich den Vorsitz mit einem gewissen bangen Zagen; Sie werden dies begreifen, wenn Sie zurückschauen auf die vorzügliche vorbildliche Leitung der Geschäfte des Vereins durch unsere bisherigen hochverehrten Landesvorsitzenden. Herr Med.-Rat Dr. Henkel hat in einer Zeit das Steuer des Vereins geführt, in der wichtige Umwälzungen in der Stellung der bayerischen Medizinalbeamten und bemerkenswerte Fortschritte in der Regelung des Medizinaldienstes in Bayern stattgefunden haben. In dieser schweren Zeit hat er die materiellen Interessen unseres Standes stets tatkräftig unterstützt; er hat aber auch über diesen materiellen Interessen nicht übersehen, die idealen Bestrebungen unseres Vereins zu pflegen und zu fördern. Ich glaube deshalb, mit Ihnen allen übereinzustimmen, wenn ich sage, daß gerade die Pflege dieser idealen Interessen unseres Standes am meisten geeignet ist, nach innen die Zusammengehörigkeit der die

gleichen Ziele verfolgenden Standesangehörigen immer fester zu schmieden und nach außen das Ansehen des Standes zu heben. Ich kann bei der vorgerückten Stunde, in der wir uns befinden, nicht näher eingehen auf die vielseitige Tätigkeit, die Herr Med.-Rat Dr. Henkel in den letzten Jahren für den Bayerischen Medizinalbeamtenverein geleistet hat; ich kann nur den aufrichtigsten, wärmsten und herzlichsten Dank der Medizinalbeamten Bayerns ihm übermitteln für seine aufopfernde Tätigkeit, für seine reiche Erfahrung, die er in den Dienst unserer Sache gestellt hat, und für den idealen Schwung, mit dem er die Geschäfte geleitet hat. Den gleichen Dank möchte ich auch unserem bisherigen Schriftführer aussprechen, der sich mit großer Hingabe und Fleiß den Vereinsgeschäften gewidmet hat. Ich bitte Sie, m. H., sich zum Zeichen des Dankes, den wir unserem bisherigen Herrn Vorsitzenden und unserem Schriftführer schulden, von den Sitzen zu erheben.

(Geschieht unter begeistertem Bravo und Händeklatschen.)

Ich danke Ihnen herzlichst!

Wir kommen nun zu dem Vortrag des Herrn Kollegen Maar, der im Anschluß daran, die Güte haben wird, die Führung durch Bad Kissingen zu übernehmen.

IV. Die Heilquellen und Badeeinrichtungen Kissingens.

Referent: Bezirksarzt Dr. **Maar**-Bad Kissingen: M. H.! Gern bin ich dem ehrenvollen Auftrag des Herrn Vorsitzenden, Ihnen über Kissingen und seine Heilmittel einen kleinen Vortrag zu halten, nachgekommen. Bad Kissingen, ein gottbegnadetes Fleckchen Erde, liegt 203 m über dem Meere an der fränkischen Saale direkt vor dem Rhöngebirge. Herrlich bewaldete Berge umgeben den Kurort, prächtige Wälder mit zahlreichen, wohlgepflegten, schattigen Promenadewegen in reichem Wechsel erstrecken sich in seine nächste Nähe. Ueberall laden daselbst den Kurgast Ruhebänke zum Niedersetzen ein. Das Auge erfreut ein üppig grünendes Wiesental, durch das sich in bedächtigem und langsamem Laufe in vielen Windungen murmelnd die Saale drängt. Nicht leicht eine Gegend, nicht leicht ein Kurort hat so eng zusammengedrängt, daher auch leicht genießbar, solch prächtige Naturschönheiten und in solcher Fülle wie unser Kissingen. Ist auch der Gesamteindruck des Ortes und seiner Umgebung nicht ein so großartiger, wie der erhebender Gebirgsgegenden, so ist er doch sicher ein überaus lieblicher und anmutiger!

Staat und Stadt wetteifern, im Hinblick auf die stets steigende Frequenz der hier Heilung suchenden Kurgäste, ihr Bestes zu geben. Die Königl. Staatsregierung ist fortwährend

bemüht, keine Kosten scheuend, den Kurort mit herrlichen, den Anforderungen an ein Weltbad entsprechenden Bauten zu zieren; ich verweise auf die prachtvolle Wandelhalle mit Quellenraum, auf das Luitpoldbad, auf den Maxbrunnen, auf den Neubau des Konversationshauses usw. Die Stadt zeigt sich in einem sehr sauberen Kleide; immer neue, herrliche Villen und Straßen entstehen, um dem Kurgaste das Leben möglichst angenehm zu gestalten. Kissingen steht unter musterhafter Verwaltung und hat sich in hygienischer Beziehung allen neueren Forderungen angepaßt: Kissingen steht unter seinen Schwestern an erster Stelle in jeder Beziehung! Die Wasserversorgung ist ausgezeichnet, die Kanalisation einwandfrei; in allen Häusern sind Wasserklosetts. Die Abfuhr des Mülls ist gut geregelt; der Straßenreinlichkeit wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Die Stadt verfügt über eine Desinfektionsanstalt, über einen Pavillon für Infektionskrankheiten; ein Krankenhaus ist vorhanden; ein Schlachthaus usw.; kurz, allen hygienischen Forderungen ist Rechnung getragen.

Das Bad Kissingen ist Eigentum des Staates und wird von der Königl. Regierung, dem Königl. Badkommissariate, denen verschiedene Sachverständige zur Seite stehen, verwaltet. Die Quellen, die Bäder, der Wasserversand sind an den bekannten Orthopäden Hofrat Hessing auf 25 Jahre verpachtet, der sich manches Verdienst um das Bad erworben hat.

Eifrig unterstützt der gut geleitete Kurverein jede Bestrebung zur Hebung des Bades und gibt auch selbst neue Anregungen.

Die klimatischen Verhältnisse sind sehr günstige. Durch die Vorlagerung des Rhöngebirges und die sonstigen Berge ist das Tal mit Kissingen gut gegen scharfe Winde geschützt und hat doch eine gute Ventilation durch die frischen Lüfte, die nachts von den Bergen wehen. Die Abende sind warm, die Nächte angenehm kühl, eine Tatsache, die im Hochsommer für die Kurgäste von größter Bedeutung ist. Das Klima ist an sich mild, ein Beweis dafür ist, daß in Kissingens nächster Nähe ausgezeichnete Weine gebaut werden. Prof. Seegens (Heilquellenlehre) sagt über das hiesige Klima: „Das Kissinger Klima ist sehr günstig, die Temperatur ist ziemlich beständig, heftige Winde und dichte Nebel sind seltene Erscheinungen.“

In geologischer Hinsicht herrscht hier die Triasformation vor. Nach dem Geologen Gümbel besteht das Kissinger Quellengebiet hauptsächlich aus Gliedern der Triasformation, insbesondere Buntsandstein und Muschelkalk; auch eruptive, vulkanische Gesteine (Basalt und Phonolith) bilden mit die Gebirgszüge der Nachbarschaft. Hier sind in Einzeleruptionen steile Bergkuppen aus der Tiefe zutage getreten, dort das vulkanisch geschlossene Rhöngebirge, mächtige Zeugen gewaltiger geologischer Umwälzungen. Der Bergbaugelehrte Attenkofer-München charakterisiert das Saaletal von Kleinbrach (nördlich) bis Lindesmühle (südlich) als einen Gebirgssattel, der auf seinem

Rücken der Länge nach aufgerissen und von der Saale bis auf den Hauptbuntsandstein hinab ausgewaschen ist. Die steilen Talränder bauen sich aus Buntsandstein, das Plateau darüber aus Kalk, hauptsächlich Muschelkalk auf. Nördlich von Kissingen sind im Saaletal keine Verwerfungsspalten auffindbar; dagegen lassen Störungen in der Lagerung des Muschelkalks am Staffels- und Stationsberge, an den beiden Talabhängen nächst Kissingen, darauf schließen, daß in der Gegend der Trinkquellen — Rakoczy, Pandur und Maxbrunnen — bedeutende Einsenkungen stattfanden. Bei der Lindesmühle schneidet die westlich kommende Verwerfungsspalte das Quellengebiet ab. Von Kleinbrach nördlich folgt eine schwache Einsenkung und im Saaletal vor Großenbrach — Gebiet des Neuen Sprudels — ist der Anfang eines zweiten Sattels wahrnehmbar, der gegen Bocklet sich erstreckt. — Ein Gutachten vom Jahre 1901 der Königl. Bergwerks- und Salinenadministration München sagt über die Quellenverhältnisse: „Das Bohrloch des Schönbornsprudels steht bis zur Tiefe von 495 m in Schichten des Buntsandsteines, von da bis 584 m in den Schichten der Zechsteinformation. Den Salzlagern dieses Zechsteins entnehmen ohne Zweifel sowohl die Kissinger Mineralquellen, als die Solesprudel die mineralischen Bestandteile, welche namentlich im Wasser des Rakoczy und Pandur und in der Sole des Schönbornsprudels große Uebereinstimmung zeigen. Das Emporströmen der Kissinger Mineralquellen wird ermöglicht durch verschiedene Verwerfungsspalten und Klüfte. Die treibende Kraft, welche die Mineralquellen und Solequellen übersprudeln macht, ist die Kohlensäure.“

M. H.! Ich wollte Ihnen diese geologischen Exposés bringen, weil sie zu einem leichteren Verständnis der Boden- und Quellenverhältnisse führen. Entschuldigen Sie gütigst, wenn es vielleicht für die uns zur Verfügung stehende Zeit in etwas ausführlicher Weise geschah.

An Heilquellen besitzt Bad Kissingen:

1. den Rakoczy,
2. den Pandur,
3. den Maxbrunnen,
4. den Solesprudel oder runden Brunnen,
5. den Schönbornsprudel,
6. den „Neuen Sprudel“.

Der **„Rakoczy“**, dem Kissingen seinen Weltruf verdankt, eine kohlensäurereiche, eisenhaltige Kochsalzquelle, kommt mit dem 10 m entfernten und mit ihm in Zusammenhang stehenden **„Pandur“** in einer Tiefe von 3,5 m aus Sandgeröll. Beide Brunnen unterscheiden sich wenig voneinander; der Gehalt des Pandur ist an fixen Bestandteilen durchschnittlich etwas geringer, an freier Kohlensäure dagegen größer.

Die Schüttung des Rakoczy beträgt 22 Liter, die des Pandur 13 Liter in der Minute. Die Schüttung schwankt jedoch bei beiden je nach dem Drucke der Wassersäule und dem Pegelstand der naheliegenden Saale. Die Temperatur beider

Brunnen ist 10,7—11,87° C. Das Wasser des weltberühmten Rakoczy dient ausschließlich der Trinkkur, während das des Pandur meist zu Badezwecken benutzt wird. Beide Quellen befinden sich in der sich an die herrliche Wandelhalle anschließenden Quellenhalle. Ihre Fassungen sind hygienisch völlig einwandfrei. Jeder Forderung in hygienischer, praktischer und bequemer Hinsicht entspricht die mit vielen Kosten hergestellte Verteilungsanlage. Mittelst einer durch Motor angetriebenen Pumpe wird das Wasser in ein ringsum in der Quellenhalle laufendes Kupferbronzerohr getrieben, aus dem es durch zahlreiche Hähne entnommen werden kann.

Es sei besonders erwähnt, daß das Wasser während der Brunnenzeiten in der Verteilungsleitung immer in Zirkulation sich befindet; was nicht aus den Hähnen der Zapfstellen von den Kurgästen entnommen wird, fließt durch den Ablauf ab; eine Stagnation des Wassers in der Rohrleitung gibt es also nicht. Damit je nach Bedürfnis der Rakoczy auch warm getrunken werden kann, sind zur Bequemlichkeit auch einzelne Wärmekörper in die Verteilungsleitung eingebaut; ein Druck auf den Hahn und der Kurgast bekommt das Wasser warm. Zur Erwärmung des Wassers sind an anderer Stelle der Quellenhalle noch zahlreiche Warmwasserbäder zum Einstellen der gefüllten Trinkgläser angebracht. Am Verteilungsrohr finden sich auch noch einige Zapfstellen für Kissinger Bitterwasser. Durch diese mustergültige und schöne Anlage ist es ermöglicht, daß jeder Kurgast selbst bei größtem Betriebe rasch und bequem sich sein vorgeschriebenes Maß an Wasser verschaffen kann. Die Besichtigung während der Brunnenzeit wird Ihnen das Erwähnte bestätigen. In einem besonderen Raum der Wandelhalle gegen die Kurhausstraße zu kann die Bevölkerung Kissingens ebenfalls in bequemer und jeder sanitären Anforderung entsprechender Weise ihren Bedarf an Wasser des Rakoczy und Pandur holen.

Fremdartige Laute tönen mit den Namen der beiden Quellen an unsere Ohren und jedermann wird neugierig sein, den Grund zu dieser seltsamen Benennung zu erfahren. Obwohl die Zeit der Benennung nicht so fern liegt, weiß man nichts Zuverlässiges darüber, da sich verschiedene, sogar legendenhafte Ueberlieferungen gebildet haben; von Bibra hält es für wahrscheinlich, daß die Benennungen Rakoczy und Pandur etwa 1752 aus der Mitte der Kurgäste (Volksmund) heraus entstanden sind, ohne daß für die Wahl dieser Namen eine Erklärung gegeben wurde.

Der **Maxbrunnen** befindet sich am nordöstlichen Teile des Kurgartens; er entspringt in zwei Quellen (Nord- und Südquelle) 12,20 m tief aus einer Spalte des Buntsandsteingebietes. Die Schüttung beträgt 15 Liter in der Minute. Der Maxbrunnen ist ein Kochsalz-Säuerling; sein Wasser ist klar und perlend, von angenehmem, säuerlichem Geschmack. Außer zu Kurzwecken wird es wegen seiner erfrischenden Wirkung gern als

Tafelwasser genommen. Der Maxbrunnen wurde erst vor kurzem in ganz vorbildlicher Weise neugefaßt. Zwischen dem offenen Quellenschachte und der Kurhausstraße erhebt sich neuerbaut ein prächtiges Tempelchen im griechischen Stile. Die ganze Installation ist neuartig (Rezipientensystem) und mustergültig. Erwähnt sei auch hier wieder die schöne, bequeme und hygienische Abzapfstelle für das Kissinger Publikum gegen die Straße außerhalb des Kurgartens! Die Benennung „Maxbrunnen" erhielt er 1815 zur Erinnerung an König Maximilian Josef, der eine bessere und geschmackvollere Fassung durchführen ließ.

Der **Solesprudel oder Runde Brunnen** befindet sich im Salinenbadhause 25 Minuten von Kissingen entfernt. Er kommt aus einer Tiefe von 94 m. Sein Bohrloch mündet in einen 7,50 m tiefen Schacht. Er ist ein intermittierender Sprudel, d. h. zeitweilig stellt er seine Tätigkeit ein, um dann wieder mit weißem Schaum aufzusprudeln. Es ist ein interessantes Naturspiel; dem Schäumen und Sprudeln kann man lange zusehen; man sieht, wie es unten brauset, siedet und zischt, dann kann auf eine Zeit wieder Ruhe eintreten. Die Spannung und Ansammlung der Kohlensäure spielt bezüglich des Intermittierens zweifellos die ätiologische Rolle. Einen derartig intermittierenden Sprudel, der etwa pro Tag 13 Stunden sprudelt und 11 Stunden ruht, kann man selbstverständlich zu einem ununterbrochenen Badebetriebe nur verwenden, wenn er künstlich mittelst Pumpe gefördert wird. Die Schüttung dieses Brunnens schwankt zwischen 300—600 Liter in der Minute. Die Temperatur beträgt 18,2° C. Das Wasser findet Verwendung zu Badezwecken, wird aber auch zur Trinkkur, zu Gurgelungen und Inhalationen verordnet. Dem Luitpoldbade fließt die Sole in einer Röhrenleituag zu.

Der **Schönbornsprudel** entspringt 3 km weit von Kissingen in dem Dorfe Haufen einem 584,229 m tiefen Bohrloche. Er ist von einem turmähnlichen Gebäude überbaut. Gewaltige Wassermassen — 500—600 Liter in der Minute — entströmen unter starkem Brausen, Tosen und Zischen ständig dem Bohrloche. Die Tätigkeit dieses Sprudels ist kein intermittierende! Die Zusammensetzung des Wassers stimmt im ganzen überein mit der des vorhin genannten Brunnens. Die Temperatur beträgt 18,6°—20,40° C. Das Wasser dieses Sprudels, das durch eine Röhrenleitung in die Badeanstalten Kissingens geführt wird, dient lediglich Badezwecken. Früher bewirkte man oft ein prachtvolles Schauspiel dadurch, daß man dem Bohrloch ein kurzes, enges Rohr aufsetzte („Drosseln" der Quelle) und damit den Brunnen zu einer mächtigen Fontaine gestaltete. Schäumend und brausend springt dann dieWassersäule 20,5 m in die Höhe, um in zahlreiche glänzende Perlen zerstäubend wieder herabzufallen. In den letzten Jahren hat man aus Schonungsrücksichten für die Quelle dieses Experiment unterlassen.

Die chemische Zusammensetzung unserer Quellen und Sprudel finden Sie in folgenden

Analysen der Kissinger Heiquellen:

	nach Liebig	nach Heckenlauer			nach Gorup-Besanez
1000 Gramm Wasser enthalten in Gramm:	Rakoczy	Pandur	Max-brunnen	Sole-sprudel	Schönborn-sprudel
Chlorkalium	0 ,28 690	0,24140	0,376046	0,2509	—
Chlornatrium	5,82205	5,52071	2,316204	10,5540	9,50719
Chlorlithium	0,02002	0,01880	0,000729	0,0205	0,01595
Chlorammonium	—	—	—	—	0,02599
Chlormagnesium	0,30379	0,21163	0,108008	0,3805	0,02587
Bromnatrium	0,00838	0,00709	—	0,0205	—
Brommagnesium	—	—	—	—	0,00908
Schwefelsaures Kali . . .	—	—	—	—	0,41882
Schwefelsaure Magnesia .	0,58839	0,59777	0,200265	0,9044	1,15629
Schwefelsauren Kalk . .	0,38937	0,30044	0,190263	0,8561	0,29415
Salpetersaures Natron . .	0,00931	0,00353	0,077220	—	—
Phosphorsauren Kalk . .	0,00561	0,00522	0,005000	0,0047	0,00303
Kohlensaure Magnesia . .	0,01704	0,04479	0,068400	0,0325	0,07329
Kohlensauren Kalk . . .	1,06096	1,01484	0,560205	1,3046	1,42436
Kohlensaures Eisenoxydul	0,03158	0,02771	0,002410	0,0304	0,02695
Kohlensaures Manganoxydul	—	—	—	—	0,00183
Kieselsäure	0,01290	0,00410	0,003400	0,0011	0,01344
Ammoniak	0,00091	0,00384	0,003805	—	—
Summa der festen Bestandteile	8,55721	7,99987	8,912055	14,8102	12,99624
Freie Kohlensäure	1305,5 C.C.	1505,5 C.C.	1157,5 C.C.	764 C. C.	903 C. C.
Spezifisches Gewicht . . .	1,00734	1,00660	1,00370	1,0111	1,01156
Temperatur der Quelle .	10,7 ° C.	10,7 ° C.	10,4 ° C.	18,6 ° C.	18,6 ° C.
Radioaktivität nach Fresenius (1912)	6,88	3,65	9,73	Mache-Einheiten	

Interessant ist den Herren über die Quellen vielleicht noch folgendes zu hören: Außer oben genannten Quellen gab es früher noch in unmittelbarer Nähe des Solesprudels den Reichen und den Weiten Brunnen, nördlich vom Solesprudel den Theresienbrunnen, östlich vom Schönbornsprudel den Friedrichsbrunnen, etwas weiter entfernt den Kleinbracher Sprudel. Als 1822 der Salinensprudel tiefer gebohrt und damit eine reichere Schüttung erreicht wurde, minderte sich die Schüttung des Theresienbrunnens um die Hälfte ab, ebenso die des Reichen. Nach der Tieferbohrung des Schönbornsprudels 1854 nahm dessen Schüttung zu, die Schüttung des Solesprudels aber ab; die Theresien-, Friedrichs- und Kleinbracher Sprudel hörten überhaupt auf zu schütten. Man ersieht daraus, daß man mit Bohrungen in einem Kurorte sehr vorsichtig sein und Geschichte, Chemie, Geologie usw. gründlich zu Rate ziehen muß. Ueberhaupt ist die genaue Ueberwachung und die chemische Kontrolle der Quellen eine Hauptaufgabe für ein gut geleitetes Bad. Die hiesigen Quellen werden seit 1875 genau stetig untersucht und beobachtet. Den modernen wissenschaftlichen Anforderungen Rechnung tragend wurde seitens der Staatsregierung 1909 zur fortlaufenden Kontrolle der sämtlichen hiesigen Heilquellen ein chemisch-

balneologisches Laboratorium mit einem Quelleninspektor als Vorstand geschaffen. Ich empfehle den Herren dasselbe zur Besichtigung besonders.

Außer den oben genannten Quellen muß ich noch anführen den „**Neuen Sprudel**“, der mit allen seinen Einrichtungen eben fertiggestellt wird. Dieser Sprudel wurde auf Veranlassung der kgl. Staatsregierung erbohrt. In einer Tiefe von 520 m treten gewaltige Mengen gasförmiger Kohlensäure aus den Zechsteinschichten aus. Drei starke Mineralwasseradern strömen dem Bohrloche aus dem darüber lagernden Hauptbuntsandstein zu. Reichlichst mit Kohlensäure übersättigt ergießt sich der Strom in den Brunnenschacht. Der „Neue Sprudel“ wird vermittelst einer mit großen Kosten hergestellten Pumpen- und Turbinenanlage so in das sehr verzweigte Leitungssystem gedrückt, daß ihm, wie Fresenius nachweist, sein hoher Kohlensäuregehalt bis zum äußersten Ende der ziemlich langen Rohrleitung vollständig gewahrt bleibt.

Seinem Charakter nach ist der „Neue Sprudel“ ein hypotonisches Mineralwasser, dem eine Uebergangsstellung zwischen den erdig-salinischen und erdig-sulfatischen Kochsalzsäuerlingen zukommt. Dabei springt in die Augen sein sehr hoher Eisengehalt (29 mg). Weiter fällt bei seiner Bewertung ins Gewicht der sehr große Kohlensäurereichtum! Die im berühmten Laboratorium des Geh. Reg.-Rates Dr. H. Fresenius-Wiesbaden ausgeführte Analyse gab folgenden Befund:

Das Mineralwasser entspricht in seiner Zusammensetzung ungefähr einer Lösung, welche in 1 Kilogramm enthält:

Kaliumnitrat	0,002260
Kaliumchlorid	0,1666
Natriumchlorid	1,861
Natriumbromid	0,003728
Natriumjodid	0,000008
Natriumsulfat	0,4345
Lithiumchlorid	0,004340
Ammoniumchlorid	0,001255
Kalziumsulfat	0,9469
Kalziumhydrophosphat	0,000175
Kalziumhydroarsenat	0,000136
Kalziumhydrokarbonat	1,061
Strontiumhydrokarbonat	0,008658
Magnesiumhydrokarbonat	1,030
Ferrohydrokarbonat	0,09379
Manganohydrokarbonat	0,003997
Borsäure (meta)	0,002836
Kieselsäure (meta)	0,01629
	5,637
Freies Kohlendioxyd	2,633 = 1400 ccm bei 13,7° C. u. 760 mm Druck
	8,270

Spezifisches Gewicht: 1,00436

Spezifische Leitfähigkeit bei 13,1° C. = 0,005556 reziproke Ohm.

Temperatur: 13,7° C.

Der stationäre Gefrierpunkt ist gleich Δ = 0,232° C.

Die Radioaktivität beträgt nach Fresenius 0,19 Mache-Einheiten.

Es ist kein Zweifel, daß der „Neue Sprudel“ in therapeutischer Beziehung bezüglich Trink- und Badekur eine sehr wesentliche Bereicherung der Kurmittel von Bad Kissingen bildet und neue therapeutische Perspektiven eröffnet.

Von den übrigen Kurmitteln Kissingens sind noch zu erwähnen:

1. Die Gradierte Sole. Sie wird gewonnen durch sechsmaliges Ueberlaufenlassen über die Dornschichten des Gradierwerkes an der Saline, wodurch man eine 24%ige Sole erhält, die etwa zu 10—20 l den Solebädern bei Bedarf zur Verstärkung zugesetzt wird. Diese Sole ist frei sowohl von Kohlensäure, als von Eisen und kohlensaurem Kalk, die sich an der Dornhecke als Sinter oder Dornstein absetzen.

2. Die Mutterlauge, die als stark konzentrierte Salzlösung nach der Kristallisation des Kochsalzes in der Sudpfanne zurückbleibt. Sie wird wie die gradierte Sole in den Fällen, wo die Anzeige besteht, die hautreizende Eigenschaft unserer Bäder noch zu erhöhen, in 5—12 l den Solbädern zugesetzt. Die beiden Flüssigkeiten dienen außerdem zu hydropathischen Umschlägen, die gradierte Sole auch zu Inhalationen.

3. Das Bitterwasser wird hergestellt nach von Liebigs Angaben und ist ganz ähnlich dem Friedrichshaller. Es erfreut sich eines bedeutenden Verbrauches und ist in der Quellenhalle an einigen Zapfstellen zu haben. Es wird nicht rein getrunken, sondern nur als Zusatz zu Rakoczy in der vom Arzte verordneten Menge. Bei besonders starker Obstipation wird es in der geschilderten Weise angewendet.

4. Die Luft am Gradierwerk wird durch Verdunsten der Sole an dem Gradierbau, der 300 m lang, auf beiden Seiten mit gedecktem Wandelgang versehen ist, geschaffen. Die Luft daselbst ist feucht, mit kleinsten Salzteilchen vermischt und reich an Ozon. Beim Auf- und Abgehen sowie beim Liegen auf bequemen Liegestühlen kann die Luft in beliebiger Dauer eingeatmet werden. Bei Asthma durch Emphysem und Herzfehler, bei Schwächezuständen der Nerven, bei Anämie und Chlorose wirkt die Gradierluft sehr wohltätig.

Inhalationen zerstäubter Sole, Inhalationen komprimierter und verdünnter Luft usw. sind ermöglicht in Anstalten, wie in der des Hofrats Dr. Dietz, im Kurmittelhaus usw. Ich empfehle diese Anstalten einer Besichtigung, die von den Besitzern gern erlaubt wird. Erwähnen will ich, daß sich hier eine Reihe ausgezeichnet geleiteter Sanatorien mit bestem Rufe befinden. Empfehlenswert für den Besuch ist auch das Zanderinstitut des Dr. Sonder.

5. Die Moorerde wird aus weitausgedehnten Moorlagern der hohen Rhön bezogen. Sie bildet eines der schätzenswertesten Kurmittel Kissingens und enthält bedeutende Mengen von Eisenoxydul, von Salzen, von organischen und anorganischen Stoffen, ferner von Säuren, besonders Ameisensäure. Man läßt die Moorerde einige Zeit verwittern; später wird sie mit Sole

gekocht und zu Moorbädern (Voll-, Halb- und Lokalbäder) verwendet. Die spezifische Wirkungsweise der Moorbäder ist den Herren Kollegen ja wohl bekannt.

6. Das Bockleter Stahlquellenwasser möchte ich noch erwähnen, das täglich früh frisch hierher gebracht wird von dem 1½ Stunden entfernten Bade Bocklet. Die Quelle ist eine der stärksten Eisenquellen mit reichem Gehalt an Kohlensäure. Von jetzt ab wird ihm das Wasser des „Neuen Sprudels" den Rang streitig machen.

Badehäuser hat Kissingen drei, sie sind Eigentum des Staates.

1. Das Prinzregent-Luitpoldbad, eine Sehenswürdigkeit ersten Ranges, das frühere Aktienbad, das vom Staate angekauft und 1905—06 durch Umbau in seinen heutigen Zustand versetzt wurde. Dasselbe hat 236 Badekabinen und zwar 4 Salon-, 34 Wellenbäder, 147 Sole- und Pandurbäder, 16 Kabinen für hinsichtlich ihres Kohlensäure- und Salzgehaltes abstufbare Solebäder und 34 Moorbäder mit Fangoabteilung. Eine Besichtigung dieses Badehauses wird sich lohnen.

2. Die Badeanstalt im kgl. Kurhause ist älteren Datums, aber auch neu restauriert und verbessert. Es ist nur ein Erdgeschoß mit 46 Badekabinen vorhanden.

3. Das Salinenbad bestehend aus Erdgeschoß und erstem Stockwerk. In diesem Gebäude befindet sich im Vorraume der runde Brunnen, wegen seines Intermittierens interessant.

Die Erwärmung der Sole zu den Bädern geschieht im Luitpoldbad und im Salinenbad mit dem Hessingschen Erwärmungsapparat. Damit wird die Sole in ganz kurzer Zeit außerhalb der Wanne erwärmt. Im Kurhause findet die Erwärmung noch in der Badewanne durch Kupferschlangen statt, die der heiße Dampf durchströmt und dabei die Sole erwärmt. Die Dauer der Erwärmung der Sole damit ist eine etwas längere. Die Reinigung der in der Wanne festgemachten Kupferröhren ist nicht ganz einwandfrei in bezug auf die hygienische Sauberkeit. Besser als alle bestehenden Erwärmungsarten der Sole ist das neuere System der herausnehmbaren Kupferschlangen, das in dem neu zu erbauenden staatlichen Badehause in Anwendung kommt.

Die Herren interessiert vielleicht zu hören, wie viele Bäder in einer Saison abgegeben werden: Es wurden abgegeben 1910 bei 32000 Kurgästen 346169 Bäder, 1911 rund 500000 Bäder. In der Hochsaison war am 25. Juli die höchste Zahl der Bäder an einem Tage: 3586 Bäder. Man sieht aus dieser Zahl, welch enorme Anforderungen an die Bäderbereitung an einem Tage gestellt werden können. Erwähnenswert ist vielleicht auch, daß in demselben Jahre 428799 Flaschen Mineralwasser in alle Welt versandt wurden.

Die Indikationen für Bad Kissingen sind entsprechend der variablen Kurmittel sehr mannigfach. Es sind zu nennen:

Chronischer Rachenkatarrh, chronischer Katarrh des Magens,

fehlende Salzsäureabscheidung, die chronischen Katarrhe des Dünn- und Dickdarms, die habituelle Obstipation. Kontraindiziert sind ulcus ventriculi und Erosionen der Magenschleimhaut; dagegen ist bei Störungen nach verheilten Geschwüren des Magens und Darmes, sowie nach Blinddarmentzündungen eine Rakoczykur nur Vorteil bringend. Neuerdings kommen auch Patienten aus den Tropen hierher, die an Dysenterie gelitten haben, und zwar mit gutem Erfolge. Blutstauung im Pfortaderkreislauf, Leberanschoppung, Leberzirrhose im Beginne, Leber- und Milzschwellung auch nach Malaria werden günstig beeinflußt.

Erkrankungen der Gallenwege. Ausgenommen sind alle karzinomatösen Erkrankungen, die nach den Beobachtungen eine direkte Verschlechterung erleiden.

Frauenkrankheiten aller Art finden Besserung und recht häufig Heilung durch Bäder- und Moorbehandlung. Chronische Katarrhe der Luftwege, Asthma, Emphysem, Residuen von Lungen- und Rippenfellentzündung werden durch Trink- und Badekur günstig beeinflußt. Kontraindiziert ist Lungentuberkulose. Skrophulose, Rhachitis — segensreich wirken in dieser Beziehung hier zwei Kinderheilstätten — werden äußerst günstig beeinflußt.

Bei Fettsucht und Diabetes zeigt die Trinkkur günstigen Einfluß; er ist zu erklären durch indirekte Wirkung, durch Besserung dabei bestehender Magen-Darmkatarrhe, Bronchialkatarrhe usw. Vor allem wirken die kohlensauren Solebäder günstig dabei mit, besonders dann, wenn Störungen des Herzens mit im Spiele sind.

Gicht wird insofern einer Besserung zugeführt, als bekanntlich die Kochsalzwässer die Salzsäure im Magen vermehren und so durch Erniedrigung des Natriumgehaltes der Körperflüssigkeit Uratablagerungen vermindern. Bei der harnsauren Diathese wird Maxwasser mit gutem Erfolge verwendet.

Bei chronischen Nierenentzündungen, wo man, um das meist mit ergriffene Herz nicht noch mehr zu überlasten, in neuerer Zeit von unnötiger Flüssigkeitszufuhr abgekommen ist, findet sich der Wert Kissingens mehr in der Wirkung der kohlensauren Solebäder als in der Trinkkur.

Bei Hautkrankheiten, die auf Stoffwechselanomalien (Gicht, Diabetes) oder auf Obstipation, Autoinfektion beruhen, ist eine Allgemeinbehandlung mit Rakoczy oft sehr erfolgreich.

Von ganz hervorragender Bedeutung sind Kissingens Solebäder mit ihrem sehr hohen Kohlensäuregehalt! Die wichtigste, unersetzbare therapeutische Verwendung finden die kohlensäurereichen Bäder bei den Erkrankungen des Herzens und der Gefäße! Sie wirken kräftigend auf den Herzmuskel durch Schonung und Uebung, regulieren die Herzaktion und den Blutdruck. Neben der Erleichterung des Rückflusses des venösen Blutes zum Herzen, der Anregung der peripheren Gefäße zur Mitarbeit, der Veränderung der Blutverteilung ist dem spezifischen

Reize des kohlensauren Solbades auf Haut und auf Nervenendigungen der unbestreitbare Erfolg bei Herzkrankheiten zuzuschreiben. Dabei spielen die Temperatur und die Möglichkeit der außerordentlich wichtigen Abstufbarkeit der Bäder noch eine wichtige Rolle! Kissingen steht in dieser Beziehung keinem Kurorte der Welt nach. Es entwickelt sich immer mehr zu einem Spezialkurort für Herzkranke! Hofrat Dr. Leusser hat das Verdienst (s. Petersburger Med. Wochenschrift; 1898, Nr. 8), zuerst auf die hervorragende Bedeutung Kissingens für Herzkranke hingewiesen zu haben. Diese Indikation ist ohne Zweifel auch ein Hauptgrund mit für die stets steigende Frequenz unseres Bades! Während 1870 nur 5265 Kurgäste hier waren, stieg die Zahl in den neunziger Jahren auf 15000, um in rascher Folge sich vermehrend 1911 die Zahl 34000 zu erreichen! —

Kissingen erfreute sich stets der landesväterlichen Fürsorge; ich erinnere an die Könige Max Josef, nach dem der Maxbrunnen benannt ist, Ludwig I., Max II, deren Standbilder Sie im Kurgarten sehen, Zeugen der Dankbarkeit des Kurortes! Einer ganz besonderen Fürsorge jedoch durfte sich der Badeort erfreuen unter der segensreichen Regentschaft unseres allgeliebten Prinzregenten Luitpold! Die kgl. Staatsregierung und die beiden Kammern boten im Hinblick auf die steigende Frequenz alle Mittel auf, um allen Anforderungen an unser Bad als Weltbad gerecht werden zu können. Ihnen gebührt unser aufrichtigster Dank! Vom Jahre 1900 bis heute wurden an Staatsgeldern aufgewendet: acht Millionen! Von den vielen Schöpfungen, Verbesserungen und Verschönerungen will ich nur die wichtigsten anführen:

1900 Umbau des Kurhauses, Umbau des Luitpoldbades,
1902 Umbau des Salinenbades,
1905 Theaterneubau, Erweiterungsbau des Luitpoldbades,
1906 Zuschüsse an die Stadt für Verbesserungen,
1908 Anlage des herrlichen Luitpoldparkes,
1909 Gründung des staatlichen balneologischen Laboratoriums,
1910 Erbauung der herrlichen Wandelhalle, die ihres gleichen sucht, Sprudelneubohrung,
1912 Erbauung des neuen Konversationshauses.

Ein neues Badehaus wird in Bälde erstehen.

Sie sehen, m. H., welch enorme Mittel von allen Faktoren aufgewendet werden zu Nutz und Frommen der hier Heilung suchenden Kranken und Erholungsbedürftigen! Zu wünschen ist nur, daß diese Aufwendungen auch in finanzieller Hinsicht für die aufgewendete Mühe und für die großen Opfer für Staat und Stadt einen stets wachsenden Erfolg zeitigen mögen!

M. H.! Ich bin nun am Schlusse meiner einfachen, kurz gedrängten Ausführungen. Sollte es mir nur einigermaßen gelungen sein, Ihnen ein Bild zu zeichnen von den kostbaren Naturgaben, die ein gütiger Gott in so reichem Maße zum Wohle der leidenden Menschheit über Kissingen ausgeschüttet

hat, so bin ich hochbefriedigt! Ich wünsche noch, daß Sie alle, m. H., von unserem Badeorte ein recht angenehmes Gedenken mit nach Hause nehmen!

(Lebhafter Beifall.)

Landesvorsitzender Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** M. H.! Ich stelle hiermit die Anfrage, ob einer der anwesenden Herren das Wort zu dem Vortrage ergreifen will. Wenn das nicht der Fall ist, so entledige ich mich hiermit der angenehmen Verpflichtung, Herrn Kollegen Maar herzlichst zu danken sowohl für die Mühe und Aufopferung, die er als „Lokalkomitee" bewiesen, wie auch für den heutigen Vortrag und für die Führung, die gestern stattgefunden hat und heute Nachmittag sich wiederholen wird.

M. H.! Wir haben nun noch den Ort unserer nächsten Jahresversammlung zu bestimmen. Es wurde vorgeschlagen, die Stadt zu wählen, in der vor 10 Jahren die erste Landesversammlung stattgefunden hat, das ist Nürnberg. Sind die Herren damit einverstanden? Es erhebt sich von keiner Seite ein Widerspruch; ich darf daher allseitiges Einverständnis annehmen.

Ich schließe hiermit die Versammlung und gebe den Herren bekannt, daß wir einer ehrenden Einladung zum Mittagessen folgend uns um 1 Uhr im Arkaden-Restaurant zu einem kollegialen Zusammensein einfinden wollen.



Verzeichnis
der
Teilnehmer an der VIII. Landesversammlung
des
Bayerischen Medizinalbeamtenvereins
zu
Bad Kissingen
am 7. Juli 1912.

Herr K. Bezirksarzt Dr. Gebhardt als Verteter des K. Staatsministeriums.
„ K. Reg.- u. Med.-Rat Dr. Egger als Vertreter der K. Kreisregierung von Unterfranken (Mitglied).
„ „ „ „ Miller als Vertreter der K. Kreisregierung von Mittelfranken (Mitglied).
„ „ „ „ Utz als Vertreter der K. Kreisregierung von Schwaben und Neuburg (Mitglied).
„ „ Regierungsrat Freiherr v. Moreau, K. Badekommissär, als Vertreter der K. Badeverwaltung.
„ Rechtsrat Dr. Schwarz als Vertreter des Stadtmagistrats Bad Kissingen.
„ Dr. Wahle als Vertreter des ärztl. Bezirks-Vereins Bad Kissingens.
„ Dr. Sotier als Vertreter des Aerzte-Vereins Bad Kissingens.

Außerdem folgende Mitglieder:

I. Oberbayern.
1. Dr. Auer, Bezirksarzt in Rosenheim.
2. „ Brinsteiner, Bezirksarzt in Landsberg.
3. „ Dollmann, prakt. Arzt in München.
4. „ Erdt, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in München.
5. „ Graßler, Bezirksarzt in Berchtesgaden.
6. „ Henkel, Med.-Rat, Bezirksarzt in München.
7. „ Krebs, Bezirksarzt in Bad Aibling.

II. Niederbayern.
1. Dr. Weckerle, Bezirksarzt in Mallersdorf.
2. „ Westermayer, Bezirksarzt in Freyung v. Wald.

III. Pfalz.
1. Dr. Alafberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ludwigshafen.

IV. Oberpfalz.
1. Dr. Bauer, Bezirksarzt in Neunburg v. Wald.
2. „ Boecale, Bezirksarzt in Regensburg.
3. „ Moeges, Bezirksarzt in Tirschenreuth.
4. „ Schmidt, Bezirksarzt in Nabburg.

V. Oberfranken.
1. Dr. Bullinger, prakt. Arzt in Burkundstadt.
2. „ Dietsch, Bezirksarzt in Hof.
3. „ Ernst, bezirksärztlicher Hilfsarzt in Hof.
4. „ Franke, bezirksärztlicher Stellvertreter in Kirchenlamitz.

5. Dr. Meisener, prakt. Arzt in Lichtenfels.
6. „ Sauerteig, Bezirksarzt in Münchberg.
7. „ Schneller, Bezirksarzt in Bamberg.
8. „ Uebl, Bezirksarzt in Berneck.
9. „ Wild, Bezirksarzt in Wunsiedel.
10. „ Zorn, Bezirksarzt in Lichtenfels.

VI. Mittelfranken.

1. Dr. Barthel, prakt. Arzt in Nürnberg.
2. „ Desing, prakt. Arzt in Moernsheim.
3. „ Gernert, prakt. Arzt in Nürnberg.
4. „ Glauning, Bahnarzt in Nürnberg.
5. „ Goehring, Bezirksarzt in Rothenburg a. d. Tauber.
6. „ Goppelt, prakt. Arzt in Treuchtlingen.
7. „ Miller, Reg.- u. Med.-Rat in Ansbach.
8. „ Schelle, Bezirksarzt in Neustadt (Aisch).
9. „ Schirmer, Bezirksarzt in Eichstädt.
10. „ Schlier, Bezirksarzt in Lauf a. Pegnitz.
11. „ Schwink, Landgerichtsarzt in Ansbach.
12. „ Freih. v. Thon-Dittmer, Bezirksarzt in Feuchtwangen.

VII. Unterfranken.

1. Dr. Aschenbrenner, Bezirksarzt in Gerolzhofen.
2. „ Baumgart, Bezirksarzt in Miltenberg.
3. „ Becher, prakt. Arzt in Schoellkrippen.
4. „ Blanalt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Würzburg.
5. „ Braun, Lorenz, Bezirksarzt in Koenigshofen.
6. „ Braun, Rud., Bezirksarzt in Kitzingen.
7. „ Egger, Reg.- u. Med.-Rat in Würzburg.
8 „ Gutermann, Bezirksarzt in Alzenau.
9. „ Höchstädter, bezirksärztlicher Stellvertreter in Stadtprozelten.
10. „ Hohenberger, Bezirksarzt in Haßfurt.
11. „ Kihn, Bezirksarzt in Schweinfurt.
12. „ Kraus, Landgerichtsarzt in Schweinfurt.
13. „ Kundmüller, Bezirksarzt in Hofheim.
14. „ Loeffler, Landgerichtsarzt in Aschaffenburg.
15. „ Lorenz, prakt. Arzt in Aschaffenburg.
16. „ Mangelsdorff, Bezirksarzt in Gemünden.
17. „ Maar, Bezirksarzt in Bad Kissingen.
18. „ Maas, Bezirksarzt in Wegscheid.
19. „ Oschmann, prakt. Arzt in Hammelburg.
20. „ Preisendoefer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Lohr.
21. „ Russ, bezirksärztlicher Stellvertreter in Eltmann.
22. „ Stumpf, Med.-Rat, Prof. und Landgerichtsarzt in Würzburg.
23. „ Wander, bezirksärztlicher Stellvertreter in Dettelbach.
24. „ Welte, prakt. Arzt in Saale.

VIII. Schwaben.

1. Dr. Büller, Bezirksarzt in Neuburg.
2. „ Frickhinger, Bezirksarzt in Augsburg.
3. „ Graßl, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kempten.
4. „ Hug, Bezirksarzt in Donauwoerth.
5. „ Nothaaß, Bezirksarzt in Günzburg.
6. „ Redenbacher, Landgerichtsarzt in Kempten.
7. „ Stömmer, Bezirksarzt in Dillingen.
8. „ Utz, Reg.- u. Med.-Rat in Augsburg.



Offizieller Bericht

über die

X. Landesversammlung

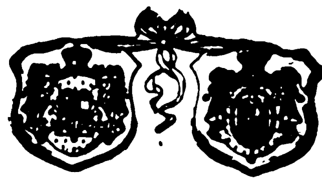
des

Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins (E. V.)

zu

Nürnberg

am 20. und 21. Juni 1913.



Berlin 1913.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Seite.

I. Mitgliederversammlung (erster Sitzungstag).

1. Rechenschaftsbericht 1
2. Satzungsänderung. Berichterstatter: Dr. Frickhinger, Bezirksarzt in Augsburg 2
3. Bie Beziehungen des Bezirksarztes zu den Versicherungsämtern. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Graßl, Bezirksarzt in Kempten 6
4. Bericht der Rechnungsrevisoren 13
5. Die Mitwirkung der Verwaltungsbeamten bei der Qualifikation der Bezirksärzte. Berichterstatter: Bez.-Arzt Dr. Schneller-Bamberg 14

II. Hauptversammlung (zweiter Sitzungstag).

1. Eröffnung und Begrüßung der Versammlung 18
2. Medizinalstatistisches der Stadt Nürnberg. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Wetzel, Bezirksarzt in Nürnberg 28
3. Feuerbestattung und Gerichtliche Medizin. Berichterstatter: Professor Dr. Richter, Landgerichtsarzt in München 36
4. Ueber neuzeitige Kläranlagen für Schmutzwässer. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Spaet, Bezirksarzt in Fürth 52
5. Schluß der Versammlung 87
Verzeichnis der Teilnehmer an der Versammlung 89

I. Mitgliederversammlung

am Samstag, den 21. Juni 1913, abends 8 ½ Uhr im Künstlerhaus.

Landesvorsitzender Bezirksarzt Dr. **Frickhinger**-Augsburg: Meine sehr verehrten Herren Kollegen! Im Namen der Vorstandschaft begrüße ich Sie herzlichst und drücke meine Freude darüber aus, daß Sie der Einladung in das schöne Nürnberg so zahlreich Folge geleistet haben.

Wenn auch die offiziellen Ansprachen erst in der morgigen Hauptversammlung stattfinden werden, so kann ich es mir doch nicht versagen, heute schon der Freude darüber Ausdruck zu geben, daß der langjährige bewährte Vorsitzende des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Herr Geh. Med-Rat Prof. Dr. Rapmund die weite Reise von Minden hierher nicht gescheut hat und in unserer Mitte erschienen ist. Ich danke Herrn Geheimrat und heiße ihn herzlich willkommen in unserer Mitte.

Wir treten nun gleich in die Tagesordnung ein.

I. Rechenschaftsbericht.

Polizeiarzt Dr. **Schuster** - Augsburg, Schriftführer und Kassenwart: Der Verein zählte am 15. Juni 1913 381 Mitglieder gegenüber 374 im Vorjahre.

Der Abschluß des Kassenbuches ergab:

Einnahmen:		
Vereinsbeiträge	5419,18	M.
Ausgaben:	557,84	„
Bestand:	4861,34	„
Davon sind beim Postscheckamte München deponiert	4738,02	„
bar vorhanden:	123,32	„
Guthaben bei der Dresdner Bank vom 1. I. 1913:	1550,10	„
Gesamtvermögen somit auf:	6411,44	M.

Hierbei ist jedoch zu bemerken, daß der Abonnementsbeitrag für die Medizinalbeamten-Zeitschrift für das laufende Jahr noch nicht bezahlt ist.

Mit Uebernahme der Kassengeschäfte am 1. Januar 1913 wurde zum Zwecke der Erleichterung der Kassenführung für

den Verein ein Postscheckkonto bei dem Postscheckamte München eröffnet. Ich ersuche die Herren, die ferneren Jahresbeiträge weder an den Kassierer persönlich, noch an die Kreisvorsitzenden zu schicken, sondern stets vermittelst der Zahlkarten, die mit Beginn des Kalenderjahres jedem Mitgliede des Vereins zugesandt werden, bei dem nächsten Postamte auf unser Postscheckkonto einzuzahlen. Der Abriß der Zahlkarten dient als Quittung.

Landesvorsitzender: Ich werde die Diskussion über den Rechenschaftsbericht zurückstellen, bis dessen Prüfung vollzogen ist. Ich bitte Sie hierzu zwei Revisoren zu wählen. Da Vorschläge nicht erfolgen, erlaube ich mir vorzuschlagen: Herrn Bezirksarzt Dr. Schlier-Hersbruck und Herrn Dr. Bandel-Nürnberg. Nachdem ein Widerspruch von keiner Seite erfolgt, bitte ich beide Herren, ihres Amtes zu walten.

Die Bitte unseres Kassenwartes, die Beiträge ausschließlich durch Zahlkarten auf unser Postscheckkonto einzuzahlen, möchte ich warm unterstützen. Es wird dadurch einerseits die Rechnungsführung außerordentlich erleichtert; anderseits ist dieser Weg auch für die Herren Kollegen der bequemste, der zudem nicht mit Portoauslagen verknüpft ist.

Ehe wir zum 2. Punkt unserer Tagesordnung übergehen, übertrage ich den Vorsitz an den stellvertretenden Landesvorsitzenden, Herrn Med.-Rat Dr. Graßl.

(Med.-Rat Dr. Graßl, Bezirksarzt in Kempten, übernimmt den Vorsitz.)

II. Satzungsänderung.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger**, Berichterstatter: M. H.! Ich bin sicher, mir Ihren Dank zu erwerben, wenn ich über die Satzungsänderung sehr kurz referiere. Ich glaube dazu um so mehr berechtigt zu sein, weil der Vorentwurf der Satzungsänderung bereits auf den Kreisversammlungen durchberaten wurde und in den wesentlichsten Punkten Zustimmung fand. Die vorgeschlagenen Aenderungen sind größtenteils mehr redaktioneller Natur. Da in der heutigen Vorstandssitzung in allen Punkten eine Einigung erzielt wurde, werde ich mich, wenn kein Widerspruch erfolgt, darauf beschränken, Ihnen lediglich über einige wichtigere Aenderungen unserer Satzungen zu referieren.

Die Satzungsänderung ist veranlaßt durch das Bedürfnis, den Verein in das Vereinsregister einzutragen und ihm dadurch die Eigenschaft einer juristischen Person zu geben. Schon unsere bisherige Satzung enthielt die Bestimmung, daß der Verein in das Vereinsregister eingetragen werden soll; eine solche Eintragung hat aber, wie die Recherchen bei den Registergerichten in München und Nürnberg ergaben, nie statt-

gefunden und konnte nicht stattfinden, weil die Satzung nicht völlig den Bestimmungen des B.G.B. entsprach.

In der heutigen Vorstandssitzung hat sich über folgende Punkte des Vorentwurfs eine lebhaftere Debatte entsponnen:

Ad § 1. Als Sitz des Vereins soll aus Zweckmäßigkeitsgründen München bestimmt werden. Eine Minorität in der Vorstandschaft sprach sich dafür aus, daß Nürnberg als Sitz des Vereins bezeichnet werden solle, weil hier die Wiege des Vereins stand. Schließlich einigte man sich auf München.

Stellvertr. Vorsitzender: Ich eröffne über diesen Punkt die Diskussion; da sich niemand zum Wort meldet, nehme ich allseitige Zustimmung zu dem Vorschlag der Vorstandschaft an.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** Ad §§ 12 und 13. Ueber den Modus der Wahlen hat die Vorstandschaft beschlossen, Ihnen vorzuschlagen, daß die Wahl des Landesvorsitzenden stets durch Stimmzettel mit absoluter Stimmenmehrheit erfolgen soll. Bei der Wahl der Kreisvorsitzenden ist Wahl durch Zuruf zulässig, wenn sich keine Stimme dagegen erhebt. Die beiden Paragraphen würden folgenden Wortlaut erhalten:

§ 12. Die Kreisvorsitzenden, deren Stellvertreter und die Schriftführer werden auf den Kreisversammlungen durch Stimmzettel gewählt. Die Wahl erfolgt durch absolute Stimmenmehrheit der Wählenden. Wahl durch Zuruf ist nur zulässig, wenn sich keine Stimme dagegen erhebt.

§ 13. Die Kreisvorsitzenden wählen mittelst Stimmzettel und absoluter Stimmenmehrheit der Wählenden aus ihrer Mitte oder aus der Reihe der übrigen Vereinsmitglieder einen Landesvorsitzenden und einen Schriftführer — Kassenwart. Wahl durch Zuruf ist beim Landesvorsitzenden nicht zulässig.

Stellvertr. Vorsitzender: Da sich niemand zum Wort meldet, darf ich annehmen, daß Sie dem Beschlusse der Vorstandschaft beitreten.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** Ad § 26. Die Vorstandschaft hat sich dahin geeinigt, daß die Landesversammlung wie bisher alljährlich abwechselnd in verschiedenen Städten des Königreichs stattfinden solle. Als Termin wurde Ende Juni festgesetzt. Die Kreisversammlung Niederbayern hat vorgeschlagen, die Landesversammlungen abwechselnd in München oder Nürnberg abzuhalten. In der Debatte wurde darauf hingewiesen, daß die größeren Städte und insbesondere Nürnberg wegen seiner zentralen Lage an und für sich zu unseren Tagungen bevorzugt würden, daß man aber doch die Möglichkeit bieten solle, auch in den übrigen Regierungsbezirken zu tagen und daß insbesondere auch bestimmte lokale Gründe dafür sprechen können, die Landesversammlung einmal in einen mehr exzentrisch gelegenen Ort zu verlegen. So hat die Tagung im vergangenen Jahre in Bad Kissingen allgemeinen Beifall gefunden und den Medizinalbeamten Gelegenheit gegeben, die dortigen mustergültigen Badeinrichtungen kennen zu lernen. Ich empfehle Ihnen, dem Beschlusse der Vorstandschaft beizutreten.

Stellvertr. Vorsitzender: Ich eröffne über diesen Punkt die Diskussion. Da sich niemand zum Wort meldet, gilt der Beschluß als angenommen.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** § 29 des Vorentwurfs lautet: „Die Landesversammlung zerfällt in eine Mitgliederversammlung und in einen wissenschaftlichen Teil.“ Es ist dies insofern eine wesentliche Aenderung unserer Statuten, als bisher die mehr inneren Vereinsangelegenheiten, (Rechenschaftsbericht, Besprechung von Standesfragen) zwischen den wissenschaftlichen Tagesragen besprochen wurden. Da unsere Tagung sich gewöhnlich auf einen Tag zusammendrängte — nur im Jahre 1906 in Nürnberg erstreckte sich die Landesversammlung auf zwei Tage — sind Klagen darüber laut geworden, daß auf der großen Versammlung nicht genügend Zeit für die Standesfragen vorhanden sei, und daß die Mitglieder ihre Wünsche nicht zum Ausdruck bringen könnten. Es kann diesen Klagen eine Berechtigung nicht abgesprochen worden. Dabei ist zu betonen, daß es selbstverständlich Fragen geben wird, die eine Besprechung in der mehr oder weniger öffentlichen Mitgliederversammlung nicht zulassen; solche Fragen müssen wie bisher im Schoße der Vorstandschaft besprochen worden. Darüber zu befinden, was sich für die Mitgliederversammlung und was sich nur für eine Vorstandssitzung eignet, muß auch für die Zukunft dem Takte der Vorstandschaft überlassen bleiben. Nach der vorgeschlagenen Fassung ist es nicht nötig, die Landesversammlung stets auf zwei Tage auszudehnen. Bei mangelndem Beratungsstoff wird es möglich sein, die beiden Teile der Landesversammung an einem Vormittag abzuhalten. In den meisten Fällen dürfte es aber doch zweckmäßig sein, statt sich am Vorabend lediglich zwanglos zu einem Glas Bier zusammenzufinden, ein Stündchen den Standesinteressen zu widmen.

Ich empfehle Ihnen deshalb, dem § 29 des Vorentwurfs beizutreten.

Stellvertr. Vorsitzender: Ich eröffne zu § 29 des Vorentwurfs die Diskussion.

Med.-Rat Dr. **Wetzel**-Nürnberg: M. H.! Ich habe ein gewisses Bedenken, das so zu fixieren, daß man sagt, die Versammlung zerfällt in eine Mitgliederversammlung und in einen wissenschaftlichen Teil, weil ich meine, wir sollten uns nicht gleich von vornherein hierauf festlegen. Bis jetzt war es so, daß am Abend vor der Landesversammlung eine Sitzung der Kreisvorsitzenden und eine zwanglose Zusammenkunft der Mitglieder stattfand. Die Ausdehnung der Landesversammlung auf 2 Tage ist nichts Neues; ich fürchte aber, wenn wir in Zukunft jede Versammlung auf 2 Tage verlegen wollten, würde dies der Frequenz schaden. Ich glaube auch nicht, daß das Material so reichhaltig sein wird, jedes Jahr eine eigene Mitgliederversammlung zu halten. Ich möchte die Notwendigkeit der Teilung auch bezweifeln, trotzdem die heutige Versammlung so gut besucht ist, und ich glaube, daß es wünschenswert ist, daß sich die heutige Versammlung näher zu diesem Punkte äußert.

Stellvertr. Vorsitzender, Med.-Rat Dr. **Graßl:** Ich glaube, die Frage regelt sich durch das, was der Herr Landesvorsitzende vorhin gesagt hat. Es ist ganz richtig, es wird einzelne Städte geben, für welche die Ausdehnung der Versammlung auf 2 Tage unzweckmäßig ist. Es wird aber im großen und ganzen nichts verschlagen, wenn der § 29 in der vorgeschlagenen Fassung an-

genommen wird. Es wird eben stets in dem Ermessen der Vorstandschaft liegen, ob 1 Tag genügt.

Med.-Rat Bezirksarzt Dr. **Alafberg**-Ludwigshafen: Wir Pfälzer stimmen der Fassung des § 29 zu. Für uns ist dabei maßgebend der Umstand, daß es viele Fragen gibt, die für die Kollegen ein solches Interesse haben, daß eine allgemeine Aussprache wünschenswert ist. Es kann in manchen Fällen nur vorteilhaft sein, wenn wichtige Dinge nicht nur in den Kreisversammlungen besprochen werden, sondern wenn man auch hier die Ansichten aus allen Kreisen hört. Auf der großen Hauptversammlung, auf welcher wissenschaftliche Fragen besprochen werden, langt erfahrungsgemäß die Zeit nicht, auch die Standes- und inneren Angelegenheiten zu besprechen.

Stellvertr. Vorsitzender: Da sich niemand mehr zum Wort meldet hat, erteile ich dem Referenten zu § 29 das Schlußwort.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** Ich möchte nur noch einmal kurz darauf hinweisen, daß der Wortlaut des § 29 in keiner Weise uns bindet, die Landesversammlung stets auf $1^1/_2$ oder 2 Tage auszudehnen. (Verliest noch einmal den § 29). Ich stelle im Namen der Vorstandschaft den Antrag, den § 29 des Vorentwurfes anzunehmen.

Stellvertr. Vorsitzender: Ein Gegenantrag wurde nicht nicht gestellt. Ich bitte diejenigen Herren, die gegen den § 29 in der Fassung des Vorentwurfs sind, sich zu erheben. Es hat sich niemand erhoben; § 29 ist einstimmig angenommen.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** Ad § 30. In den Vorentwurf ist die Bestimmung der bisherigen Statuten, daß zu einer Satzungsänderung eine Mehrheit von drei Vierteln der erschienenen Mitglieder erforderlich sei, herübergenommen worden.

Die Kreisversammlung der Pfalz hat mit Recht betont, daß hierbei eine verschwindende Minorität jede zeitgemäße Aenderung unmöglich machen könnte, und vorgeschlagen, es es solle zu einer Satzungsänderung eine Majorität von zwei Dritteln der erschienenen Mitglieder genügen. In der heutigen Vorstandssitzung wurde der Vorschlag der Pfalz einstimmig angenommen. Ich beantrage dementsprechend Abs. 3 des § 30 des Vorentwurfs in folgender Fassung anzunehmen:

„Zu einem Beschlusse, der eine Aenderung der Satzung enthält, ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der erschienenen Mitglieder erforderlich."

Stellvertr. Vorsitzender: Da sich gegen diese Fassung ein Widerspruch nicht erhebt, gilt der Antrag als angenommen.

Bezirksarzt Dr. **Frickhinger:** Ich habe Ihnen nunmehr die wesentlichsten Aenderungen des Vorentwurfs vorgetragen. Da der Vorentwurf Ihnen durch die Beratungen auf den Kreisversammlungen bekannt ist, dürfte es sich erübrigen, denselben nochmals vorzulesen. Ich bitte Sie, dem Vorentwurf in der heute besprochenen Fassung Ihre Zustimmung zu geben und dabei die Vorstandschaft zu redaktionellen Aenderungen zu ermächtigen.

Stellvertr. Vorsitzender: Ich stelle den Vorschlag unseres Landesvorsitzenden zur Diskussion.

Es meldet sich niemand zum Wort; ich lasse deshalb über

die vorgeschlagene Satzungsänderung abstimmen. Ich bitte diejenigen Herren, die mit der Satzungsänderung in der Fassung des Vorentwurfs unter Berücksichtigung der heute beschlossenen Abänderungen sowie mit der Vornahme notwendiger redaktioneller Aenderungen durch die Vorstandschaft einverstanden sind, die Plätze zu behalten. Es erhebt sich niemand. Die Satzungsänderung ist einstimmig angenommen.

(Der Vorsitz geht nunmehr wieder über an den Landesvorsitzenden.)

III. Die Beziehungen des Bezirksarztes zu den Versicherungsämtern.

Bezirksarzt Med.-Rat Dr. **Graßl**-Kempten, Berichterstatter: Auf der Frühjahrsversammlung 1913 des Schwäbischen Kreisverbandes wurde von einigen Bezirksärzten die Mitteilung gemacht, daß es in Schwaben Versicherungsämter gibt, die die Mithilfe der Bezirksärzte zur Festsetzung der Rente in Terminsverhandlungen kostenlos in Anspruch nehmen, daß aber diese gleichen Versicherungsämter die schriftliche Begutachtung honorieren.

Dieses Geschäftsgebahren entspricht nicht dem Gesetze. Die Beziehungen des Bezirksarztes zu den Versicherungsämtern sind in der R.V.O. genau umschrieben.

Bei jedem Versicherungsamte besteht ein Beschluß- und ein Spruchausschuß. Der gemeinsame Vorsitzende beider Ausschüsse ist der Versicherungsamtmann resp. dessen Stellvertreter. Im übrigen haben aber die Ausschüsse keine Beziehungen miteinander (§§ 56 und 57 R.V.O.). Vertrauenspersonen, die bei Erlaß genereller Vorschriften im Beschlußausschuß tätig waren, können in der nämlichen Angelegenheit im Spruchverfahren nicht tätig sein.

Der § 58 der R.V.O. ermächtigt die Zentralbehörden, technische Beamte des Staates, also auch die Bezirksärzte, den Beschlußausschüssen der Versicherungsämter als Beiräte ohne entscheidende Stimme zur Seite zu stellen. Von dieser gesetzlichen Bestimmung hat Bayern durch den Minist.-Erlaß vom 30. November 1912 (G.V.Bl., 1912, S. 1234, § 8) Gebrauch gemacht: „Die Versicherungsämter dürfen die kgl. Bezirksärzte, sowie die bei den unteren Verwaltungsbehörden aufgestellten amtlichen Sachverständigen (Amtstechniker, Distriktstechniker, Stadtbauräte) als Beiräte mit beratender Stimme zum Beschlußverfahren zuziehen (§ 58 R.V.O.). Die Amtsärzte sind verpflichtet, den an sie ergehenden Einladungen zu entsprechen. Auf besondere Vergütung dafür haben sie keinen Anspruch. Hinsichtlich der Abgabe von Gutachten bei den einzelnen Entschädigungsansprüchen oder in einzelnen Streitsachen verbleibt es bei den bestehenden allgemeinen Bestimmungen."

Der Wille der Staatsregierung, daß den Bezirksärzten nicht die kostenlose Begutachtung der Einzelstreitfälle auferlegt werde, ist hier so deutlich zum Ausdruck gekommen, daß es wunderlich ist, wenn einige Versicherungsämter trotzdem den sog. Sitzungsdienst in Einzelstreitsachen als Offizialangelegenheit der Bezirksärzte erklären.

Die Staatsregierung konnte gar nicht anders bestimmen; sie ist ja durch das Reichsgesetz der R.V.O. ebenso gebunden, wie alle anderen Unterorgane.

In § 1579 (allgemeine Vorschriften für Entscheidung der Versicherungsträger) heißt es: „Die Zeugen und Sachverständigen erhalten Gebühren wie bei den Anwohnungen vor dem ordentlichen Gerichte in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten. Auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren entscheidet das Oberversicherungsamt."

In bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten erhält aber der Bezirksarzt in Bayern die ihm durch die K. V. vom 17. November 1902 zugesprochenen Gebühren, und diese Gebühren sind dem bayerischem Bezirksarzt durch das Beamtengesetz und durch die Gehaltsordnung vom 6. September 1908 — Sternanmerkung zu den Kategorien: Bezirksärzte, Zentralimpfarzt, Bezirkstierärzte — garantiert: „Die Bezirksärzte, der Zentralimpfarzt und die Bezirkstierärzte beziehen neben ihrem Gehalte die ihnen verordnungsgemäß zugewiesenen Gebühren." Eine Anordnung der Staatsregierung, daß wir in Spruchangelegenheiten kostenlos Gutachten irgendwelcher Art abzugeben haben, würde nach der R.V.O. nur dann zulässig sein, wenn die Staatsregierung uns verpflichten würde, in den bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten unser Gutachten kostenlos abzugeben. Eine solche Verordnung würde aber eine Beugung des Bayerischen Gesetzes des Beamtengehaltes sein. Zu einer derartigen Maßregel liegt jedoch nicht die geringste Veranlassung vor. Die Staatsregierung hat ausdrücklich, allerdings pleonastischer Weise erklärt, daß sie diese auch gar nicht will. Die Kosten, die aus dem Verfahren der Spruchtätigkeit erwachsen, zahlt auch gar nicht der Staat, auch nicht Organe oder Gebilde des Allgemeinstaates. Die Kosten werden nur von den Staatsorganen (Versicherungsämtern) verrechnet, wie dies auch bei den bürgerlichen Streitigkeiten geschieht, und die Versicherungsträger haben die Kosten zu ersetzen.

In dem Min.-Erlasse vom 10. Januar 1913 (M.A.Bl., 1913; S. 30) Ziff. 6 heißt es: „Zu den Barauslagen, welche die Versicherungsträger dem Staate zu ersetzen haben, gehören insbesondere auch die Gebühren der Zeugen und Sachverständigen (§§ 1579, 1652, 1655), namentlich die Kosten der ärztlichen Gutachten nach den §§ 1595, 1619, 1653, 1665 . . . ".

Sie sehen, meine Herren, daß das Ministerium die Versicherungsträger und Staat nicht identifiziert, sie sogar in einen gewissen Gegensatz stellt. Diese Unterscheidung zwischen Versicherungsträger und Staat tritt auch dann in Wirksamkeit,

wenn der Staat als Betriebsunternehmer auftritt, also in Bahnangelegenheiten, Bergbau, Straßen-, Fluß- und Hochbauwesen und ähnlichem. Auch in diesem Falle ist der Betriebsunternehmer Staat nur ein Teil des Versicherungsträgers; er ist nicht der Versicherungsträger selbst. Auch dann besteht noch ein Unterschied zwischen dem Allgemeinstaat und dem gewerbetreibenden Staat.

Der bayerische Staat hat nie den Versuch gemacht, in solchen Fällen den Amtsarzt ex officio zur Festsetzung der Rente des einzelnen heranzuziehen, im Gegenteil das Ministerium des Innern hat in den Bescheidungen der Aerztekammeranträge wiederholt und ausdrücklich erklärt, daß die Sozialgesetzgebung nicht Geschäftsaufgabe der Bezirksärzte ist. Wir alle beziehen in der Frage der Rentenfestsetzung der Bahnarbeiter, der Bergleute, ja selbst der staatlichen Waldarbeiter ohne jeden Widerspruch die Begutachtungsgebühr wie jeder andere praktische Arzt und mit Recht, denn wir Bezirksärzte sind in solchen Fällen lediglich als praktische Aerzte und nicht als Bezirksärzte tätig.

Hiermit stimmt auch das Oberversicherungsamt Oberpfalz, dessen Vorstand ich befragt habe, völlig überein. Herr Regierungsdirektor von Schmid in Augsburg hat mir auf meine Anfrage die gleiche Antwort erteilt. Auch Spaet und Stenglein äußern sich im gleichen Sinne.

Es dürfte kein Zweifel sein, daß die Bezirksärzte in Bayern in allen Angelegenheiten des Spruchverfahrens zu entschädigen sind, gleichgiltig, ob Terminssachen oder schriftliches Verfahren.

Welche Fragen gehören nun vor den Spruchausschuß?

Der bereits erwähnte Min.-Erlaß vom 10. Januar 1913 stellte folgende Fälle zusammen:

„a) Die nach den §§ 1636—1674 zu behandelnden Streitigkeiten über die Leistungen aus der Krankenversicherung.

b) Die sonstigen nach ausdrücklicher Vorschrift der R.V.O. im Spruchverfahren zu erledigenden Streitigkeiten (§ 1771).

c) Die im Einspruchverfahren nach § 1591 ff. zu behandelnden Ansprüche auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung."

Wenn wir, meine Herren, die unter a bis c aufgeführten Spruchangelegenheiten unter einen generellen Titel bringen, so kann dies so geschehen: Alle Streitigkeiten über die Ansprüche der Einzelpersonen an die Kassen sind Spruchangelegenheiten. Das Gesetz scheidet also strenge den Verwaltungsteil und den richterlichen Teil. Und überall da, wo richterliche Tätigkeit in Frage kommt, fängt das Spruchverfahren an, an dem wir lediglich als praktische Aerzte und nicht als beamtete Aerzte teilnehmen können. Die jetzigen Bestimmungen sind sogar günstiger als der Rechtszustand vor der R.V.O. Früher mußten wir in Verwaltungsrechtsstreitigkeiten, also insbesondere

in den Fragen, welche Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet ist, unentgeltlich Gutachten abgeben. Dieses hat nun aufgehört, da es einen Verwaltungsrechtsstreit in dieser Beziehung nicht mehr gibt, weil diese Fragen dem Spruchausschuß des Versicherungsamts zufallen und damit aus dem Kreis der amtsärztlichen Tätigkeit getreten sind.

Da die Beschwerden gegen die Versicherungsämter hauptsächlich in Schwaben vorkamen, hielt ich mich für verpflichtet, an das schwäbische Oberversicherungsamt eine generelle Vorstellung zu richten. Am 18. Juni erhielt ich folgende Antwort:

Nr. 2657. Augsburg, den 11. Juni 1913.

Kgl. Oberversicherungsamt Augsburg.

Auf die gestellte Anfrage beehre ich mich zu erwidern, daß die von Ihnen beanstandete, von den Versicherungsämtern auf Ziffer 8 des Min.-Erl. vom 30. November 1912, G.V.Bl. S. 1232 — gestützte Beiziehung der Amtsärzte zu dem Verfahren bei Einsprüchen in Unfallsachen und im vorbereitenden Verfahren bei Anträgen auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung auf einer irrigen Ausdehnung des Begriffes „Beschlußverfahren" beruht. — Nach einer beim K. Staatsministerium erwirkten, den sämtlichen Versicherungsämtern zugegangenen Entschließung ist, wenn das Versicherungsamt in Fällen der bezeichneten Art ein amtsärztliches Gutachten für notwendig hält, dem Amtsarzte die ihm nach den allgemeinen Vorschriften zukommende Vergütung zu bezahlen.

Die Vorschrift der Ziffer 8 a. a. O. trifft nur für das eigentliche Beschlußverfahren nach §§ 1780—1801 der R.V.O. zu.

gez.: Schwab.

Welche Gebühren sollen wir nun anfordern?

Im Terminsverfahren haben wir rechtlichen Anspruch auf 6 M. für den Termin, soweit der Termin nicht über 2 Stunden dauert; für jede weitere Stunde 3 M. Werden mehrere Gegenstände nacheinander behandelt, so ist jeder Gegenstand ein besonderer Termin; wir müssen daher für jeden Gegenstand 6 M. bekommen.

Für die schriftliche Begutachtung gewöhnlicher Fälle existiert in Schwaben ein Uebereinkommen zwischen den Versicherungsträgern und der Aerztekammer dahin, daß 5 M. für die Begutachtung honoriert wird. An dieses Uebereinkommen haben wir uns zu halten. In anderen Kreisen werden andere Sätze gelten.

Für die oft schwierigen und immer langen und mit Aktenstudien verbundenen Zusammenhangsgutachten, also für die früheren verwaltungsrechtlichen Fragen, wird eine Entschädigung von 10—20 M. angemessen sein.

Wenn ich, m. H., noch in Kürze auf die Angelegenheiten des Beschlußverfahrens eingehe, so möchte ich nur Einzelnes hervorheben.

Die R.V.O. sieht wiederholt vor, daß an Stelle der Krankenhausbehandlung die Versorgung durch eine Pflegeperson tritt.

In einzelnen Bezirken Bayerns ist die Frage des Pflegepersonals noch nicht geregelt. Es gibt überhaupt in Bayern kein staatlich anerkanntes Pflegepersonal. Wenn gewisse poli-

tische Kreise nicht dazu übergehen sollen, sich ein eigenes Pflegepersonal aufzustellen, das die gleiche politische Ansicht hat, wie der größere Teil der Versicherten, wenn also das verhindert werden soll, was man durch das Gesetz verhindern wollte, so wird die Staatsregierung in Bälde zur Lösung der Frage des Pflegepersonals übergehen müssen. Hier berührt also der Beirat des Versicherungsamtes den Bezirksarzt enge.

Ebenso in der Krankenhausfrage: Die Krankenhäuser werden voraussichtlich häufiger benutzt werden. Die Revision derselben, ob sie den erhöhten Anforderungen genügen, hat wohl jeder Amtsarzt schon vorgenommen. Der Transport der Kranken gehört zur Kassenfürsorge. Das Transportwesen auf dem Lande ist in Bayern wohl nur in wenigen Aemtern einwandfrei geregelt. Die Unterbringung der chronischen Potatoren gehört zum Beschlußverfahren und damit zum Kreise der Beiratstätigkeit.

Der Errichtung einer Trinkerheilstätte wird man auch auf die Dauer nicht ausweichen können. Das Ministerium hat mit Recht den Rat gegeben, im Anfang mit den Satzungsleistungen der Krankenkassen vorsichtig zu sein. Wenn Sie aber die R.V.O. genau in ihren einzelnen Teilen durchgehen, so finden Sie, daß sie aufgebaut ist auf der Fürsorge gegen Krankheiten, also wesentlich auf den älteren, bisher einzigen Gedanken der Staatsmedizin. Generationswechsel, der Geburtsvorgang, wird nur so nebenbei behandelt. Die Wochenbetthilfe ist außerordentlich gering und kurz. 14 Tage vor der Entbindung sind der Frau bloß als Schonungszeit gegeben. Die Kühe haben 6 Wochen. Die Stillfrage ist ganz und gar den Bestimmungen überlassen. Hier sollte nach meiner Auffassung der Bezirksarzt als Beirat einsetzen. Da, wo nicht gestillt wird, ist eine Stillprämie als Satzungsleistung der Kassen aufzunehmen. In der Ortskrankenkasse Kempten habe ich diese nach einigen Widerständen durchsetzen können. Die Kontrolle des Stillens ist da, wo Milchküchen sind, diesen zu übertragen, auf dem flachen Lande den Damen des Roten Kreuzes, auch den Hebammen. Es müßte doch eigenartig zugehen, wenn wir die Hebammen nicht dazu heranziehen könnten. Eventuell ist die Ueberwachung des Stillgeschäfts ihnen als Pflichtaufgabe zu übertragen.

Eine sehr unangenehme Angelegenheit wird uns die Regelung des ärztlichen Honorars bringen. Allerdings ist das zunächst Aufgabe der Kassen und in erster Linie die der Versicherungsämter. Es ist zweifellos, daß die Einführung der Zentralkassen die Krankenhilfe verteuern wird. Die Aerzte werden höhere Entschädigung verlangen und die Besuche werden häufiger werden. Die Landkrankenkassen werden den technischen Beirat des Bezirksarztes nicht entbehren können. Im allgemeinen werden wir der Sache am meisten dienen, wenn wir direkte Verhandlungen zwischen Kassen und Aerzten empfehlen, ohne selbst prononziert Stellung zu nehmen. Auch die

Kontrolle der Höhe der ärztlichen Gebühren werden wir den Aerzten selbst zuschieben. Wünschen die Kassen eine Kontrolle durch den Bezirksarzt, so ist daran festzuhalten, daß dies keine amtliche Leistung ist, und deshalb zu honorieren ist. Jeder von uns kennt die Unannehmlichkeiten der Revision ärztlicher Rechnungen. Dieses Odium sollen wir bei der Honorierung der Revisionsgeschäfte in Ansatz bringen.

Ich habe schon gesagt, daß die Streitigkeiten über die Leistungen der Versicherungsträger rechtlicher Natur und im Spruchausschuß zu erledigen sind. Der Vorsitzende des Spruchausschusses entscheidet in öffentlicher Verhandlung ohne Ausschuß (§ 1661) bei:

1. lediglich rechnerischen Feststellungen,
2. „Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe",
3. Sterbegeld,
4. Leistungen im Gesamtwerte von weniger als 50 Mark.

Ziffer 2 „Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe", als die zwangsweise Einweisung und die Berufung gegen die Entscheidung des Kassenvorstandes wird uns voraussichtlich öfters beschäftigen. Aber es ist jetzt schon zu betonen, daß auch hier der Vorsitzende im Spruchverfahren urteilt, daß also wir nicht Beiräte sind.

Meine Herren! Ich wollte nur einzelne Sachen unterstreichen; nicht mehr. Aber Sie sehen, daß es notwendig ist sich die Bestimmungen der R.V.O. anzusehen.

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

Bezirksarzt Dr. **Gebhardt**-München: Die Min.-Entschl. vom 6. Juni d. J. auf die schon Herr Med.-Rat Dr. Graßl hingewiesen hat, und von der auch die Versicherungsämter verständigt wurden, hat folgenden wesentlichen Inhalt:

„Durch Ziff. 8 der M.-B. vom 30. November 1912 (G.V.Bl. S. 1232) haben die Versicherungsämter auf Grund des § 58 der R.V.O. das Recht erhalten, außer anderen technischen Sachverständigen auch die K. Bezirksärzte als Beiräte mit beratender Stimme zum Beschlußverfahren anzuziehen; die Amtsärzte dagegen wurden verpflichtet, den an sie ergehenden Einladungen zu entsprechen, ohne eine besondere Vergütung dafür beanspruchen zu können.

Zum Beschlußverfahren gehört aber nur das Verfahren nach den §§ 1780 bis 1801 der R.V.O. Das Verfahren bei Einsprüchen in Unfallsachen nach den §§ 1591—1605 und das vorbereitende Verfahren bei Anträgen auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach den §§ 1617 ff. gehören nach § 59 Abs. II der R.V.O. wie auch nach der Stellung der bezeichneten Vorschriften in Abteilung A des VI. Buches zu den Spruchsachen. Es ist daher, wenn das Versicherungsamt in Fällen dieser Art ein amtsärztliches Gutachten für notwendig hält, dem Amtsarzt die ihm nach den allgemeinen Vorschriften zukommende Vergütung zu bezahlen, wie dies auch in der eingangs erwähnten M.B. ausdrücklich vorbehalten wurde. Die hierdurch entstehenden Auslagen hat der Versicherungsträger nach § 59 Abs. II der R.V.O. zu erstatten."

Versicherungsträger sind für die Krankenversicherung die Krankenkassen, für die Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften, für die Invalidenversicherung die Versicherungsanstalten. Die Frage, wann die Bezirksärzte liquidieren dürfen, ist durch diese M.-E. vollständig klargestellt.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. **Egger**-Würzburg: Der Herr Kollege Graßl hat die Frage berührt wegen der Krankenpflegerausbildung. Ich möchte hinweisen, daß die Frage in Instruktion genommen ist und demnächst im Ministerium entschieden werden wird. Uebrigens kann ich mitteilen, daß eine Ausbildung von

Krankenpflegern in Würzburg bereits seit Jahren in ganz vorzüglicher Weise stattfindet. Es soll dahin gewirkt werden, daß auch die Krankenschwestern zur Prüfung herangezogen werden.

Bez.-Arzt Dr. **Bernhuber-Vilsbiburg:** Ich möchte um Aufklärung bitten, warum die Krankenhäuser eine größere Frequenz aufweisen werden, da doch den Leuten zugesagt wird, daß sie sich zu Hause verpflegen lassen können.

Med.-Rat Dr. **Graßl:** Der Kreis der Versicherungspflichtigen wird sich bedeutend erweitern. Die ländlichen Arbeiter hatten bis jetzt Anspruch auf ärztliche Behandlung auf Grund des Armengesetzes, sie sind nun versicherungspflichtig. In einzelnen Bezirken ist dies allerdings schon der Fall gewesen, aber gesetzlich hatten die Landbewohner nur Anspruch auf vierwöchige Entschädigung. Es ist zu erwarten, daß die landwirtschaftlichen Arbeiter eine intensivere ärztliche Behandlung verlangen, als bisher. Dazu kommt, daß auch das Wandergewerbe und das Hausgewerbe in die Versicherungspflicht herangezogen ist. In manchen Bezirken ist dies eine wesentliche Vermehrung. In Lindau, wo ich früher Amtsarzt war, wurde eine Statistik über die Zahl der Hausgewerbetreibenden (die Strohhüte machen) aufgenommen. Man hat dort 6000 Hausgewerbetreibende in einem Bezirk gefunden! Die kommen nun jetzt als Versicherte. Früher war die Behandlungsdauer ¼ Jahr, jetzt ½ Jahr. Dazu kommt, daß die R.V.O. dem Vorstande erhöhte Rechte betr. Einweisung in ein Krankenhaus zuweist. In § 184 der R.V.O. sind die Fälle vorgeschrieben, in denen man zwangsweise die Kranken ins Krankenhaus einweisen kann. Diese Fälle sind vermehrt gegen früher; es glauben deshalb alle Versicherungs-Techniker, daß die Krankenhausbehandlung in Zukunft eine häufigere werden wird, als bisher.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund:** Wie Herr Kollege Graßl ganz richtig angeführt hat, ist der Kreis der Versicherungspflichtigen wesentlich erweitert worden. Die Unverheirateten können auch gegen ihren Willen ins Krankenhaus gebracht werden, ebenso jeder Verheiratete, wenn die Pflege im Hause die Gesundung verhindert. Da künftig auch alle Dienstboten versicherungspflichtig sind, wird besonders die Zahl der unverheirateten Kassenmitglieder erheblich wachsen.

Dr. **Goppelt**-Treuchtlingen: Der Herr Referent hat erwähnt, daß die Honorarsätze für die Gutachten verschieden sind. Es wäre jetzt die Gelegenheit günstig, bei Einführung der Reichsversicherungsordnung eine einheitliche Regelung eintreten zu lassen.

Ich stelle deshalb den Antrag: der Medizinalbeamtenverein möge sich an den ständigen Ausschuß der Aerztekammer wenden zur einheitlichen Regelung der Honorare für Gutachten im Bereiche der Arbeiterversicherung.

Vorsitzender: Ich hege Bedenken über den Antrag heute schon abstimmen zu lassen, da derselbe der Vorstandschaft zur Beratung nicht vorgeschlagen ist. Aber wir können den Antrag zur Diskussion stellen.

Geh. Rat Prof. Dr. **Rapmund:** M. H.! Wenn Sie den Antrag auf einheitliche Sätze stellen, liegt nach meinen Erfahrungen die Befürchtung vor, daß der Normalsatz nicht erhöht, sondern im Gegenteil herabgesetzt wird; denn man wird versuchen, den Durchschnittssatz möglichst den darunter zurückbleibenden Sätzen entsprechend festzusetzen. Ich rate deshalb dringend, vorläufig von der Festsetzung eines einheitlichen Normalsatzes abzusehen und damit noch ein paar Jahre zu warten, er wird sich dann sicherlich günstiger stellen, als wenn es jetzt geschieht. (Bravo!)

Dr. **Dollmann**-München: Die Versicherungsgutachten sind, soviel ich den ganzen Verhandlungen und den Worten des Herrn Med.-Rat Graßl entnehmen kann, Privatgutachten. Und weil es sich um Privatgutachten handelt, hat der Arzt das Recht zu liquidieren nach seinem Ermessen. Wenn heute zur Sprache gekommen ist, daß die einzelnen Herren zu bescheiden waren, so wird es sich in Zukunft um die betreffenden Sätze handeln. Ich glaube, daß der Weg zur Aerztekammer nicht der geeignetste ist, sondern daß eine Liste hinausgeht an die Mitglieder. Ich glaube, daß das zweckmäßiger ist; wir werden mehr erreichen als in der Aerztekammer.

Bez.-Arzt Dr. **Höpfl**-Rotenburg: Ich meine, wir können das nicht allein machen, da haben auch die Behörden mitzureden, nicht wir Medizinal-Beamten allein.

Vorsitzender: Es ist niemand mehr zum Wort gemeldet, ich schließe die Diskussion und erteile das Scklußwort Herrn Med.-Rat Dr. Graßl.

Med.-Rat Dr. **Graßl:** Ich habe nur noch einiges zu sagen. Vielleicht ist es besser, die Sache nicht an die Aerztekammer zu geben, aus praktischen Gründen. Sie wissen, man hat schon wiederholt darauf hingewiesen, daß wir mit Vorliebe zu den Gutachten für die Arbeiterversicherung herangezogen werden. Wenn wir diesen Erisapfel wieder hineinwerfen, wird wieder ein Streit angehen; man wird uns vorwerfen, die Bezirksärzte haben alles. Wieviel wir haben, ist nicht so groß, das wissen Sie selber. Ich meine, man sollte es bei unserer Taxe von 5 M. belassen, und ich meine, Herr Geheimrat Rapmund hat uns das beste geraten — er hat Erfahrung — wenn er sagt, wir sollen noch warten. Uebrigens wird der Gegenstand in der Vorstandschaft beraten.

Vorsitzender: Ich habe die angenehme Pflicht, Herrn Med.-Rat Dr. Graßl im Namen des Vereins zu danken für seinen Vortrag, der uns manche neue Gesichtspunkte gegeben hat. Es ist mir aber auch ein Bedürfnis, dem Staatsministerium des Innern für das Wohlwollen zu danken, das aus der M.-B. vom 30. November 1912 für uns spricht.

Ehe ich zum weiteren Punkt unserer Tagesordnung übergehe, habe ich noch einige Mitteilungen. Die Herren, die sich noch nicht schriftlich zum Mittagessen angemeldet, wollen es bei dem Kollegen v. Ebner tun. Dann bin ich weiter gebeten worden, Herrn Ob.-Med.-Rat Ritter Dr. v. Merkel zu entschuldigen, der an unserer Beratung nicht teilnehmen kann. Wir bedauern sehr, den Senior der amtlichen Aerzte in unserer Mitte nicht begrüßen zu dürfen.

Unser mittelfränkischer Kreisvorsitzender, Herr Bezirksarzt Dr. Sigmund Merkel, ladet die Kollegen ein, das neue Sanitätsautomobil der hiesigen Sanitätskolonne zu besichtigen. Das Automobil steht morgen vormittag um 8 Uhr in der Hauptfeuerwache am Kornmarkt zur Besichtigung bereit.

IV. Bericht der Rechnungsrevisoren.

Vorsitzender: Die Herren Rechnungsrevisoren haben unterdessen die Rechnung durchgesehen. Ich erteile das Wort Herrn

Bezirksarzt Dr. **Schlier**-Hersbruck: Wir haben die Rechnung geprüft und richtig befunden. Die Belege sind in Ordnung. Wir beantragen, dem Kassenwart Entlastung zu erteilen.

Vorsitzender: Es erhebt sich gegen diesen Antrag von keiner Seite ein Widerspruch; ich konstatiere, daß dem Kassenwart von der Versammlung Entlastung erteilt worden ist. Es ist mir ein Bedürfnis, dem Herrn Kollegen Schuster für die große Hingebung und den Eifer zu danken, mit dem er sein Amt verwaltet hat.

Im Anschluß an die Rechnungsablage möchte ich darauf hinweisen, daß nach den neuen Satzungen das Rechnungsjahr mit dem Kalenderjahr läuft; wir werden also in Zukunft auf

der ordentlichen Landesversammlung die Rechnungsstellung des vorangegangenen Kalenderjahres entgegennehmen.

Wir gehen nunmehr über zum letzten Punkt unserer heutigen Tagesordnung.

V. Die Mitwirkung der Verwaltungsbeamten bei der Qualifikation der Bezirksärzte.

Bez.-Arzt Dr. **Schneller**-Bamberg, Berichterstatter: M. H.! Die Qualifikation der Staatsbeamten im Geschäftskreise des K. Staatsministeriums des Innern erfolgt nach den Vorschriften der Min.-Entschließung vom 23. Juli 1901, die mit Rücksicht auf die Bestimmungen des Beamtengesetzes vom 15. August 1908 in der Min.-Entschließung vom 17. März 1910 einige Ergänzungen erfahren hat.

Die Qualifikation der Bezirksärzte erfolgt durch die Regierung, K. d. I. (§ 12, Abs. III der Dienstanweisung für die Bezirksärzte, Min.-Bek. vom 23. Januar 1912 über den bezirksärztlichen Dienst).

Unterm 21. Februar 1912 erfolgte eine autographierte Min.-Entschließung, die u. a. folgende Bestimmung enthält:

Zur Festsetzung der Qualifikation der Bezirksärzte haben sich die Vorstände der Bezirksämter nach Spalte 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 und 11 der Qualifikationsliste für die Beamten der inneren Verwaltung gutachtlich zu äußern und etwaige für die Beurteilung besonders belangreiche Tatsachen, veranlaßten Falles unter Uebersendung von Akten der K. Regierung mitzuteilen.

Die gutachtliche Aeußerung, über welche der Bez.-Amtmann gehört wird, erstreckt sich über 8 von 14 (also über mehr als die Hälfte) der Rubriken der Qualifikationsliste, nämlich über Geschäftsgewandtheit, Fleiß, Diensteifer, schriftlichen und mündlichen Vortrag, Benehmen und Umgangsformen, dienstliches und außerdienstliches Verhalten des Bezirksarztes. Es muß betont werden, daß die Min.-Entschließung vom 21. Februar 1912 keine Neuerung brachte. Die hier geforderte gutachtliche Aeußerung der Bezirksamtmänner ist bereits durch eine Min.-Entschließung vom 5. November 1852 angeordnet worden, im Laufe der Jahre scheint aber in mehreren Regierungs-Bezirken diese alte Bestimmung in Vergessenheit und außer Gebrauch gekommen zu sein.

So kam es, daß die Wiedereinführung einer alten Verordnung der Mehrzahl der Kollegen als ein Novum überraschend kam und in weiten Kreisen der Amtsärzte Beunruhigung hervorrief. Eine so ausgedehnte und in regelmäßigen Intervallen wiederkehrende gutachtliche Aeußerung zur Qualifikationsliste wurde von den Bezirksärzten als eine direkte Qualifikation aufgefaßt. Wenn ein Kollege in einer Kreisversammlung des Medizinalbeamtenvereins sagte: „Die Qualifikation durch den Bezirks-

amtmann macht uns jetzt ganz von dessen Gnade und Wohlwollen abhängig", so möchte ich mich dieser Anschauung zwar nicht anschließen, sie erscheint mir aber ein richtiges Spiegelbild von der Stimmung zu geben, die in weiten Kreisen unter den Kollegen herrscht. Die Befürchtung, daß mit der Zeit die gegenseitige Stellung zwischen Bezirksamtmann und Bezirksarzt eine Aenderung erfahren könnte, wird allgemein geteilt. Es wurde gesagt, daß sich durch eine Mitwirkung in der Qualifikation in der besprochenen ausgiebigen Weise unwillkürlich das Empfinden der Ueberordnung auf der einen, das der Unterordnung auf der anderen Seite entwickelt.

Schon vor Jahren einmal, in der Sitzung der bayerischen Abgeordnetenkammer vom 17. Februar 1902, wurde von einem Abgeordneten darüber Klage geführt, daß „manchmal die Qualifikation des Bezirksarztes durch den Bezirksamtmann vorgenommen würde". Es gab damals der K. Staatsminister Frh. v. Feilitzsch die Erklärung ab: „der Bezirksarzt ist dem Bezirksamtmann nicht subordiniert, sondern sie sind koordiniert . . Ich erkläre, eine Subordination besteht nicht und liegt auch dem Ministerium eine diesbezügliche Entschließung vollständig fern."

Qualifiziert wird stets nur das untergeordnete Personal von der Dienstaufsichtsbehörde, wie allen diesbezüglichen Verordnungen und Min.-Entschließungen vom 6. Feb. 1811, 11. August 1838, 21. März 1846, 24. Juli 1847 und auch der Min.-Entschl. vom 23. Juli 1901 zu entnehmen ist. Die Bezirksärzte nehmen durch die regelmäßige qualifikationsähnliche Begutachtung vonseiten koordinierter Beamter eine sie bedrückende Ausnahmestellung ein; sie sind dadurch nicht mehr gleichgestellt den übrigen Beamten der Rangklasse VIII, den Oberamtsrichtern, Rentamtmännern, Forstmeistern, Obergeometern usw.

Die Befürchtung, daß dadurch unser Ansehen leiden wird, ist nur zu wohl begründet. Wir erkennen die bevorzugte Stellung, die der Bezirksamtmann unter den äußeren Beamten als Vertreter und Vertrauensmann der k. Staatsregierung einnimmt, jederzeit gern an. Anderseits erscheint es uns aber auch in unserem dienstlichen Interesse zu liegen, daß wir entsprechend der Bedeutung unserer Dienstesaufgabe im Beamtenkörper des Staates jene Stellung einnehmen, die uns durch die Rangordnung zugewiesen ist.

Wir erkennen gern an, daß es Fälle geben kann, in denen es unsere vorgesetzte Behörde für nötig halten wird, eine Erkundigung über das Verhalten eines Bezirksarztes bei dem Vorstand der Distriktsgemeinde einzuziehen; aber wir glauben, daß diese Notwendigkeit heutzutage nicht allzu häufig eintreten wird. Die dienstlichen Verhältnisse haben sich seit dem Jahre 1852 von Grund auf geändert. Es gehen heutzutage so viele Gutachten und Berichte durch die Hand des Medizinalreferenten der Kreisregierung, daß es in den meisten Fällen der Königl. Regierung möglich sein dürfte, ein

selbständiges Urteil über die Tätigkeit der Bezirksärzte zu gewinnen.

Es dürfte unter diesen Umständen auf die regelmäßige Mitwirkung der Bezirksamtmänner bei der Qualifikation der Bezirksärzte verzichtet werden können. Diese regelmäßige Mitwirkung ist nicht nur entbehrlich, sie ist sogar überflüssig. Nach Aussage eines Regierungs-Medizinalreferenten auf einer Kreisversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins fallen die gutachtlichen Aeußerungen der Bezirksamtmänner eher zu günstig als zu ungünstig aus, sie könnten deshalb häufig keine Berücksichtigung finden. Dieses Ergebnis ist für uns Bezirksärzte sehr erfreulich und wird hoffentlich in allen Kreisen zutreffen. Wir Bezirksärzte wollen mit den Vorständen der Bezirksämter in gutem Einvernehmen leben aus gegenseitiger Achtung und Wertschätzung zum Wohle der Bevölkerung unserer Bezirke.

Durch den Wegfall der regelmäßigen Mitwirkung der Bezirksamtmänner bei unserer Qualifikation wird das dienstlich so nötige gute Einvernehmen zwischen Bezirksamtmann und Bezirksarzt nur gefördert werden. Kaum je werden zwei Beamte so sehr zum Zusammenwirken auf vielen Gebieten der Verwaltung aufeinander angewiesen sein, wie Bezirksamtmann und Bezirksarzt.

Ich schließe mein kurzes Referat mit dem Antrag:

„Die Vorstandschaft des Medizinalbeamtenvereins wolle an das Hohe K. Staatsministerium des Innern die ehrerbietigste Bitte richten, es möge die Mitwirkung der Bezirksamtmänner bei der Qualifikation der Amtsärzte aufgehoben oder wenigstens auf einzelne Fälle beschränkt werden, in welchen die Kgl. Regierung eine solche Aeußerung für veranlaßt hält."

Vorsitzender: M. H.! Ich habe Ihnen zu dem Referat vom Kollegen Schneller eine Mitteilung zu machen. Gelegentlich einer Aufwartung des Landesvorsitzenden im Ministerium am 14. lfd. Mts. habe ich mir gestattet, die Mitwirkung der Verwaltungsbeamten bei unserer Qualifikation zur Sprache zu bringen. Es wurden meine Ausführungen, die sich ungefähr im Sinne des heute gehörten Referates bewegten, von den beiden Herrn Ministerialreferenten äußerst wohlwollend entgegengenommen. Es wurde in Aussicht gestellt, daß einer eventl. Bitte des Medizinalbeamtenvereins etwa in der Weise entgegengekommen werden könne, daß die Einholung einer gutachtlichen Aeußerung auf die Fälle beschränkt werden könnte, in denen die Regierung glaubt, ohne eine solche Aeußerung nicht auskommen zu können. Ein derartiges wohlwollendes Entgegenkommen würde von allen Bezirksärzten dankbarst und freudigst begrüßt werden.

Unter diesen Verhältnissen glaube ich von der Eröffnung einer Diskussion absehen zu können. Wir würden durch eine solche auch nur den Eindruck abschwächen, den das sachlich und trotz seiner Knappheit erschöpfende Referat vom Kollegen Schneller auf uns gemacht hat. Ich danke dem Referenten herzlichst für die Erstattung des Referates.

Da von keiner Seite noch Wünsche oder Anregungen zum Ausdruck gebracht werden, schließe ich die heutige Sitzung und danke Ihnen, daß Sie trotz der drückenden Temperatur so lange ausgehalten haben.

(Schluß der Sitzung 10 Uhr 40 Min.)

II. Hauptversammlung

im Luitpoldhaus am Sonntag, den 22. Juni, vormittags $9^1/_2$ Uhr.

I. Eröffnung und Begrüssung der Versammlung.

Vorsitzender Dr. **Frickhinger**, Bezirksarzt in Augsburg: Meine sehr verehrten Herren! Ich eröffne die Zehnte Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins und heiße Sie Alle im Namen der Vorstandschaft willkommen. Dabei freue ich mich, konstatieren zu können, daß der Besuch der Versammlung so überaus zahlreich ist.

Wir haben in unserer Mitte eine größere Reihe von Ehrengästen. Es sind anwesend als Vertreter des Kgl. Staatsministerium des Innern die Herren Ministerialrat Professor Dr. Dieudonné, Ministerialrat Dr. Huber und Bezirksarzt Dr. Gebhardt. Weiterhin sind Vertreter von 7 Kreisregierungen abgeordnet, und zwar von der Kreisregierung von Mittelfranken, in deren Bezirk wir tagen, Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Miller, von der Regierung von Oberbayern Herr Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Messerer, ferner die Herren Reg.- und Med-Räte Dr. Neidhardt (Niederbayern), Dr. Burgl (Oberpfalz), Dr. Obermayr (Oberfranken), Dr. Egger (Unterfranken) und Dr. Utz (Schwaben und Neuburg).

Es ist uns eine stolze Freude, eine so stattliche Reihe hoher Regierungsvertreter in unserer Mitte begrüßen zu dürfen. Mit dankbarer Genugtuung entnehmen wir hieraus das rege Interesse, das die hohe Staatsregierung an unserem Stand und unseren Beratungen nimmt.

Ich danke im Namen des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins den hohen Herrn Regierungsvertretern für ihr uns ehrendes Erscheinen und bitte die Herren den ehrerbietigsten Dank des Vereins dem Kgl. Staatsministerium und den Kgl. Kreisregierungen gütigst übermitteln zu wollen.

M. H.! Wir haben weiterhin die Freude, in unserer Mitte den Vorsitzenden des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund zu sehen. Ich freue mich

herzlich, daß wir dadurch die Ehre haben, den von uns allen hochverehrten langjährigen Leiter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins persönlich kennen zu lernen. Wir wissen, wie unermüdlich tätig Herr Geh.-Rat Dr. Rapmund für unseren Stand wirkt, wir verehren in ihm den Herausgeber der Zeitschrift für Medizinalbeamte und wir Bayern sind ihm zu besonderem Dank verpflichtet für seine eifrige Beteiligung an den Gründungsversammlungen unseres Bayerischen Medizinalbeamtenvereins. Wir heißen ihn deshalb besonders herzlich in unserer Mitte willkommen.

Auch die Stadt Nürnberg hat es sich nicht nehmen lassen, einen Vertreter, Herrn Rechtsrat Häublein, zu unseren Beratungen abzuordnen. Die zahlreiche Beteiligung mag der schönen Stadt Nürnberg ein Beweis dafür sein, wie gerne wir hierher gekommen sind, hierher in die alte Noris, die den Zauber einer alten deutschen Reichsstadt in einzigartiger Weise mit dem pulsierenden Leben einer modernen aufblühenden Großstadt vereint.

Es ist mir ein Bedürfnis, der Stadtverwaltung Nürnberg jetzt schon den Dank des Vereins auszusprechen für die Bereitwilligkeit, mit der sie die Besichtigungen ihrer neuzeitlichen Einrichtungen uns gestattet hat.

Schließlich darf ich auch noch meine Freude zum Ausdruck bringen über das Erscheinen der beiden Vertreter der hiesigen Aerztevereine: der Herren Krankenhausdirektor Prof. Dr. Miller und Dr. Mainzer. Das enge Zusammenwirken der Medizinalbeamten mit den praktischen Aerzten ist eine Notwendigkeit für die Erfüllung unserer gemeinsamen Aufgaben. Ich danke im Namen des Vereins den Herren für ihr Erscheinen und freue mich, daß wir dadurch auch bei unseren heutigen Verhandlungen Fühlung mit den praktischen Aerzten gewonnen haben.

M. H.! Seit unserer letzten Landesversammlung in Bad Kissingen sind in unserem Vaterland einschneidende Veränderungen vor sich gegangen. Mit Wehmut haben wir das erhabene Oberhaupt unseres Staates, S. K. H. Prinzregent Luitpold, durch den Tod verloren. Die ehrwürdige Gestalt des 91 jährigen Herrschers ist uns allen tief ins Herz geschrieben, sein schlichtes, leutseliges Wesen, verbunden mit hoher Ritterlichkeit und unverrückbarem Gerechtigkeitssinn sichern ihm im ganzen Volke, unter allen Berufsständen ein Denkmal aere perennius. — Sie haben sich zum ernsten stillen Gedenken an unseren verstorbenen Landesherrn von den Plätzen erhoben. Ich stelle dies fest.

Unser neuer Landesvater ist uns Bayern kein unbeschriebenes Blatt. Schon längst, ehe S. K. H. Prinzregent Ludwig die Zügel der Regierung übernommen hat, widmete er unermüdlich seine Zeit und Arbeitskraft dem öffentlichen Wohle und nahm lebhaften aktiven Anteil an allen Tagesfragen und an zahlreichen gemeinnützigen Unternehmungen.

Mit Achtung, mit Liebe und Vertrauen kommen wir unserem neuen Landesherrn entgegen und haben den tiefempfundenen Wunsch, daß ihm eine lange reichgesegnete Regierung beschieden sein möge.

Ich bitte Sie zum Ausdruck unserer loyalen Gesinnung, welche wir unserem angestammten Herrscherhaus entgegenbringen, mit mir einzustimmen in den Ruf

S. K. H. Prinzregent Ludwig lebe hoch, hoch, hoch!!

(Begeisterte Hochrufe.)

M. H.! Die zehnte Landesversammlung berechtigt und verpflichtet mich zu einem kurzen historischen Rückblick auf das erste Jahrzehnt unseres Vereins. Es war am 6. April 1904 als die Gründungsversammlung unseres Vereins hier in Nürnbergs Mauern stattfand. Es waren damals 61 Aerzte, die sich auf die Einladung des Bez.-Arztes Dr. Angerer-Weilheim zusammenfanden. Schon wenige Monate später tagte in Nürnberg am 16. Juli 1904 die erste Landesversammlung und wiederum am 26. Januar 1906 fand hier die dritte Landesversammlung statt.

Die vorbereitenden Gründungsverhandlungen wurden unter Leitung von Bez.-Arzt Dr. Angerer-Weilheim geführt durch die Bezirksärzte Dr. Böhm-Augsburg, Dr. Späth-Landshut, Dr. Waibel-Kempten, Dr. Wille-Markt-Oberdorf; Schriftführer des neugegründeten Vereins war Landgerichtsarzt Dr. Hermann-Fürth.

Der neue Verein wurde von der weit überwiegenden Mehrzahl der Amtsärzte freudig begrüßt, nur einige wenige standen in der ersten Zeit zögernd fern; ihre Zahl verringerte sich jedoch rasch von Jahr zu Jahr und heute zählt der Verein 381 Mitglieder, die über sämtliche Regierungsbezirke verteilt sind.

Man hatte befürchtet, es könnte der neue Verein in eine Oppositionsstellung zur Kgl. Staatsregierung treten; die Geschäftsleitung unserer bisherigen beiden Vorsitzenden Dr. Angerer und Dr. Henkel hat diese Befürchtung bald zum Schwinden gebracht. Der sachlich vornehme Ton, der stets auf unseren Verhandlungen geherrscht hat, verschaffte dem jungen Verein rasch die Achtung und Beachtung der maßgebenden Kreise. Nicht gegen, sondern mit der Kgl. Staatsregierung, unserer vorgesetzten Behörde, wollen wir Medizinalbeamten gemeinsam zusammenarbeiten an den hohen Aufgaben, die in einem modernen Staatswesen dem öffentlichen Gesundheitswesen gestellt sind.

Der Zusammenschluß der Medizinalbeamten ist meines Erachtens ein Bedürfnis. Der Austausch der gegenseitigen Erfahrung, wie er eben auf den Versammlungen stattfinden kann, nützt dem Einzelnen und nützt damit indirekt dem Gesamtwohl.

Ich betrachte den Zusammenschluß der Medizinalbeamten als erfreuliches Zeichen für den Zusammenhalt, der unter den Medizinalbeamten besteht und der bestehen muß, wenn wir den großen Aufgaben gewachsen sein sollen, die uns zugewiesen sind.

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein hat neben der Betonung der Standesinteressen jederzeit auch seine Arbeit in den Dienst der Fortbildung seiner Mitglieder gestellt. Sie wissen alle, daß die musterhaft redigierte Zeitschrift für Medizinalbeamte allen unseren Mitgliedern von Vereinswegen zugeht. Sie wissen, daß auf unseren Versammlungen — sowohl Kreis-, wie Landesversammlungen — stets die aktuellen wissenschaftlichen Fragen eingehend erörtert werden. Das ist gut so. Ein jeder Stand hat — wenn ich so sagen darf — eine geistige Ventilation notwendig.

Das Zusammensein mit Standesgenossen, die Referate über wissenschaftliche Themata in den Versammlungen, die daran sich anschließende Diskussion und die Besprechung des Gehörten unter den einzelnen Kollegen regen an zum Nachdenken und zu neuer Schaffenslust. Die Besichtigungen tragen dazu bei, den Gesichtskreis zu erweitern.

Die Bedeutung der öffentlichen Gesundheitspflege wird heutzutage von allen Seiten gewürdigt und anerkannt; es begegnet jetzt keinem Widerspruch mehr, wenn obenan in der Sorge für das Staatswohl die Sorge für die Gesunderhaltung unseres Volkes gestellt wird. Die zunehmende Verfeinerung der Kultur, der steigende Luxus ist eine drohende Gefahr für ein Kulturvolk, eine Gefahr, an der schon manche kraftvolle Nation zu Grunde gegangen ist. Dieser drohenden Gefahr vorzubeugen, das Volk gesund zu erhalten, eine Degeneration aufzuhalten, den Nachwuchs zu kräftigen, sind die Aufgaben des Medizinalwesens. Nur tüchtige, schaffensfreudige Medizinalbeamte sind im Verein mit der gesamten Aerzteschaft dieser wichtigen Aufgabe gewachsen, und nur in einmütigem Zusammenwirken mit den Verwaltungsbehorden können wir diese Aufgaben lösen!

In den letzten Jahren sind in unserem Bayer. Medizinalwesen wichtige Veränderungen vor sich gegangen. Es wurde angepaßt den neuzeitlichen Bedürfnissen eines modernen Staates. Wenn dabei auch nicht alle unsere Wünsche erfüllt werden konnten, so müssen wir doch dankbar anerkennen, daß vieles besser geworden ist. Unsere dienstliche Stellung ist durch die neue Dienstanweisung gehoben worden, unsere Dienstesaufgaben sind in vieler Beziehung, insbesondere durch die Neuregelung der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten und des Desinfektionswesens wesentlich erweitert worden. In materieller Hinsicht haben wir in dem neuen Beamtengesetz wohl nicht das erreicht, was wir erhofft haben. Aber es darf nicht außer Acht gelassen werden, daß die Kgl. Staatsregierung in der Regulierung des Ruhegehaltes —

soweit dies im Rahmen der geltenden Gesetze möglich war — uns in wohlwollendster Weise entgegengekommen ist. Wir danken ehrerbietigst für dieses Wohlwollen und vertrauen auch weiterhin auf dieses Wohlwollen der Kgl. Staatsregierung. Die Erfüllung unserer Wünsche, m. H., liegt doch nicht einzig und allein in unserem eigenen Interesse, sie liegt ebensosehr im Interesse des öffentlichen Wohles, dem wir dienen, im Interesse des Staates, der arbeitsfreudige Medizinalbeamte nötig hat.

Und so gehen wir denn dem Ende des ersten Jahrzehnts unseres Vereines mit der freudigen Hoffnung entgegen, daß der Bayer. Medizinalbeamtenverein auch im zweiten Jahrzehnt seines Bestehens mehr und mehr nach innen sich festigen und nach außen an Ansehen gewinnen möge! Das wird erreicht, wenn jeder einzelne von uns in stiller unermüdlicher Arbeit dem hohen Ziele zustrebt, dem wir zu dienen berufen sind.

Salus rei publicae suprema lex esto! das soll die Devise des Bayer. Medizinalbeamtenvereins auch im zweiten Jahrzehnt seines Bestehens sein!

(Lebhafter anhaltender Beifall.)

Herr Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné**-München: M. H.! Seine Exzellenz der Herr Staatsminister des Innern, Freiherr von Soden, hat mich beauftragt, die Versammlung zu begrüßen und die besten Wünsche für den Verlauf zu übermitteln.

Sie sehen heute auf ein zehnjähriges Bestehen zurück. Wir haben eben gehört, was der Verein geleistet hat; er hat dem Ministerium vielfache Anregungen gegeben — und durch das Zusammenarbeiten der Verwaltungsbehörden und des Vereins ist sicher viel Gutes geschaffen worden. Ich möchte wünschen, daß auch fernerhin der Verein weitere Anregungen gibt. In dieser Richtung darf ich Ihnen die Versicherung geben, daß diese nach Kräften gewürdigt und unterstützt werden; nur durch das Zusammenwirken aller Medizinalbeamten mit der Verwaltung kann ein Fortschritt gezeitigt werden — und ich hoffe, daß auch ferner diese Fortschritte vor sich gehen werden zum Wohle des amtsärztlichen Standes und des Vaterlandes.

(Lebhafter Beifall.)

Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. **Miller**-Nürnberg: Auch ich, meine hochverehrten Herren, bin autorisiert im Namen der Kgl. Regierung von Mittelfranken, in deren Bereich Sie heute tagen, Sie freundlichst und bestens zu begrüßen und in der altschönen Noris willkommen zu heißen.

Meine Herren Kollegen, es ist keine Phrase, wenn ich sage, daß die Kgl. Regierung von Mittelfranken den ärztlichen — insonderheit den amtsärztlichen Fragen — seien sie ethischer, wissenschaftlich-beruflicher oder wirtschaftlicher Natur — stets das allergrößte Interesse entgegenbringt, und daß das öffentliche Gesundheitswesen die größte Fürsorge und Förderung durch die Kgl. Regierung von Mittelfranken erfährt. Auch die heutige

Versammlung — das kann ich aufs Bestimmteste versichern — wird vermöge der aktuellen Fragen, die heute zur Diskussion stehen, ein besonders lebhaftes Interesse bei der Kgl. Regierung erwecken.

Ich habe nur den einen Wunsch, daß die heutige Versammlung sowohl für die öffentliche Gesundheitspflege, als auch für die amtsärztlichen Standesinteressen eine kräftige Vorwärtsbewegung bedeuten möge, und daß Sie aus Nürnberg, das über eine seltene und große Fülle mustergiltiger sanitärer Einrichtungen und Attribute verfügt, neue Anregung und Schaffensfreude in Ihre Heimat nehmen mögen; möchte aber auch dem — wie ich zu meiner Freude konstatieren darf — kräftig leuchtenden Lämpchen der Kollegialität, des Standesbewußtseins und des Zusammengehörigkeitsgefühls durch die heutige Versammlung wieder neues Oel zugegossen werden zu Nutz und Frommen der Bayerischen Amtsärzte und zum Segen für die Allgemeinheit. In dieser Erwartung und Zuversicht, möchte ich Sie, m. H., im Namen der Regierung und auch für meine eigene Person noch einmal herzlichst und freundlichst gegrüßt haben.

(Bravo!)

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Minden: Meine hochverehrten Herren Kollegen! Zunächst meinen verbindlichsten Dank für die freundliche Einladung zu Ihrer zehnten Hauptversammlung, zu der Sie sich heute so überaus zahlreich versammelt haben, und die liebenswürdigen Begrüßungsworte Ihres Herrn Vorsitzenden.

Neun Jahre sind seit Gründung Ihres Vereins verflossen; an und für sich eine verhältnismäßig kurze Zeitspanne für das Leben eines Vereins, auf die Sie aber trotzdem mit Stolz und besonderer Genugtuung zurückblicken können in Anbetracht der vortrefflichen Entwicklung Ihres Vereins und der durch seine Tätigkeit erzielten Erfolge. Im Namen des Deutschen Medizinalbeamtenvereins — besonders seines Vorstandes — bin ich beauftragt, Ihnen hierzu unsere herzlichsten Glückwünsche auszusprechen. Diesem Auftrage bin ich als Vorsitzender des Vereins um so lieber gefolgt, als er mir Gelegenheit gegeben hat, endlich einmal meinen Patenpflichten nachzukommen und mich persönlich von dem Gedeihen des Vereins zu überzeugen, bei dessen Geburt und Taufe ich, wie ich wohl ohne Ueberhebung sagen darf, nicht ganz unbeteiligt gewesen bin. (Sehr richtig, Bravo!) Es wäre eigentlich meine Pflicht und Schuldigkeit gewesen, mich schon etwas früher dieser Patenpflicht zu erinnern. Daß ich aus der Ferne schon bisher stets das wärmste Interesse an der Entwicklung Ihres Vereins genommen und mich von ganzem Herzen über sein ständiges Wachstum nach jeder Richtung hin gefreut habe, brauche ich Ihnen wohl nicht erst zu versichern. Die wenigen Stunden, die ich an dem gestrigen Abend in Ihrer Mitte verlebt habe, haben mir nun aber auch persönlich gezeigt, welch reges Leben innerhalb

Ihres Vereins herrscht, und wie zielbewußt Ihre Bestrebungen sind. Möge das immer so bleiben! (Bravo!)

Mit Recht haben Sie, meine Herren, bei diesen Bestrebungen nicht in erster Linie Ihre persönlichen, materiellen Interessen, sondern stets vor allem das Allgemeinwohl und dessen Förderung in gesundheitlicher Beziehung im Auge gehabt. Gerade dieser Art Ihres Vorgehens haben Sie es, m. E., hauptsächlich zu verdanken, daß Sie dem Ziele, das Sie sich bei Gründung Ihres Vereins gesteckt haben, wesentlich näher gerückt sind, daß Ihre Vorschläge und Wünsche besonders an maßgebender Stelle berücksichtigt und Ihre Wünsche zum großen Teil erfüllt sind. Mit berechtigtem Stolze konnte daher soeben Ihr Herr Vorsitzender auf die außerordentlichen Fortschritte hinweisen, die das Bayerische Medizinal- und Gesundheitswesen in den letzten Jahren erfahren hat; es ist in Wirklichkeit schon ein stattliches Gebäude geschaffen, in dem es sich recht gut wohnen läßt, und das nur noch an einzelnen Stellen des inneren Ausbaues bedarf. Bleiben in dieser Hinsicht auch noch manche Wünsche zu erfüllen, — das geht ja auch aus Ihren gestrigen Verhandlungen hervor —, so werden Sie nach den wohlwollenden Begrüßungsworten des Herrn Ministerialrats sicherlich nicht mehr lange auf ihre Erfüllung zu warten brauchen.

M. H.! Leider ist es mir infolge dienstlicher Geschäfte nicht vergönnt, Ihren Verhandlungen bis zum Ende beiwohnen zu können; ich möchte deshalb schon jetzt meinen herzlichsten Dank aussprechen für die außerordentlich liebenswürdige Aufnahme, die ich in Ihrer Mitte gefunden und für die vergnügten anregenden Stunden, die ich mit Ihnen verlebt habe. Sie werden mir stets in angenehmer Erinnerung bleiben; hoffentlich habe ich diesmal auch nicht zum letzten Mal an einer Ihrer Landesversammlungen teilgenommen (Bravo!); ich werde gern wiederkommen, vorausgesetzt, daß Sie mich haben wollen. (Große Heiterkeit!)

Im Namen des Deutschen Medizinalbeamtenvereins möchte ich Sie aber noch herzlich bitten, an der diesjährigen Hauptversammlung des Vereins, die am 12. und 13. September in Breslau stattfindet, recht zahlreich teilzunehmen; daß es in so zahlreicher Menge wie heute geschieht, verlangen wir gar nicht, aber wir möchten doch gern recht viele Bayern auch in Breslau sehen. Viele von Ihnen sind sicherlich Bahnärzte und werden an dem unmittelbar nach uns am 16.—19. September in Leipzig stattfindenden Bahnärztetag teilnehmen, wozu Ihnen eine freie Eisenbahnkarte gewährt wird, die Sie sich über Dresden ausstellen lassen können. Von Dresden nach Breslau ist es aber nicht weit. — Ich hoffe deshalb, daß meine Bitte nicht vergeblich sein wird.

M. H.! Ich schließe mit dem Wunsche, daß Ihr Verein ferner ebenso blühen, wachsen und gedeihen möge wie bisher, dann werden auch weitere Erfolge seiner Tätigkeit nicht ausbleiben. Möge aber vor allem Ihre diesjährige Versammlung

einen in jeder Hinsicht wohl befriedigenden Verlauf nehmen und das Ergebnis Ihrer Verhandlungen sowohl Ihren Standesinteressen, wie dem öffentlichen gesundheitlichen Wohl Ihres engeren Vaterlandes zum Vorteil gereichen!

(Lebhafter Beifall.)

Herr Rechtsrat **Häublein**, als Vertreter der Stadt: M. H.! Der Bayerische Medizinalbeamtenverein hatte die Freundlichkeit, auch den Magistrat der Stadt Nürnberg zu seiner Landesversammlung einzuladen. Gern hat der Stadtmagistrat, in dessen Namen und Auftrag ich hier spreche, Folge geleistet. Nicht aus Konvenienz und Gründen der Repräsentation, sondern weil es ihm Pflicht und Bedürfnis ist, den Verein hier zu begrüßen und von seinen Verhandlungen unterrichtet zu werden. Daß die verheerenden Seuchen, die in früheren Zeiten so oft die ganze Bevölkerung einer Stadt dahingerafft haben, nur noch als geschichtliche Erinnerungen zu verzeichnen sind, daß viele Tausende, ja Millionen von Menschen an einem Orte zusammen schaffen und wirken können, das verdanken wir in erster Linie den Medizinalbeamten und ihrer Wissenschaft.

Der hervorragende Aufschwung, den die Städte in den letzten Jahrzehnten genommen haben, wäre ohne Mithilfe der Medizinalbeamten unmöglich gewesen und undenkbar.

Der Medizinalbeamte ist der unentbehrlichste und treueste Mitarbeiter in der neuzeitlichen Verwaltung der Städte. Es ist deshalb nur etwas Selbstverständliches, daß die städtischen Verwaltungen an allem, was die Medizinalbeamten angeht, das regste Interesse nehmen. Der Stadtmagistrat ist erfreut und geehrt, daß der Bayerische Medizinalbeamtenverein auch seine zehnte Landesversammlung in Nürnbergs Mauern abhält, und heißt alle Teilnehmer herzlich willkommen. Im Namen des Magistrats und zugleich für meine eigene Person, danke ich der Vorstandschaft für die Einladung und die freundlichen Worte der Begrüßung und wünsche Ihren Verhandlungen den besten Erfolg. Ich wünsche aber auch, daß Sie nach der Arbeit noch einige recht vergnügte Stunden in Nürnbergs Mauern verleben möchten.

(Bravo!)

Herr Dr. **Mainzer**-Nürnberg: Sehr verehrte Herren Kollegen! Im Namen des ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg und im Namen des ärztlichen Vereins, unserer wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft, danke ich Ihnen bestens für die Einladung zu Ihrer Tagung und die freundlichen Worte Ihres Herrn Vorsitzenden, und bringe Ihnen zur Erwiderung die herzlichsten Grüße und Wünsche der hiesigen Kollegen zu Ihrer Zusammenkunft. Doppelt die des ärztlichen Vereins! Sind doch die gastlichen Räume, in denen sie tagen, die Räume, die ein hochherziger Stifter in Freigebigkeit und Verehrung für die medizinische Wissenschaft ihm zum Mitbesitz überwiesen hat; und nicht nur ist er dadurch bodenständiger geworden, in hoch-

erfreulicher Weise hat sich dadurch ein Heim für die Versammlungen fast aller wissenschaftlichen und Bildungsvereine entwickelt, ein echter Herd der Kultur. Möge das ein gutes Omen sein für Ihre Tagung, in der der ärztliche Verein Sie als Arbeitsgenossen in diesem Sinne begrüßt. Nicht weniger nimmt Sie als solche der Bezirksverein in Anspruch. Hat sich doch das Tätigkeitsgebiet des praktizierenden Arztes in den letzten Jahrzehnten nicht zuletzt in der Richtung Ihrer Aufgaben verschoben. Zur wissenschaftlichen Betätigung und zur Krankenbehandlung hat sich die hygienische und prophylaktische Tätigkeit gesellt, die in Anregung und Durchführung zum Teil in den Händen der praktizierenden Aerzte liegt, und ebenso hat die begutachtende Arbeit in den sozialen Versicherungen ein gemeinsames Wirkungsfeld gebildet. Leider nicht nur das; denn auf der gleichen Bahn haben hochbedeutsame volkswirtschaftliche Ideen mit der Expansionskraft, die solchen Strömungen innezuwohnen pflegt, ihren Weg zu unserem, ihrem Wesen fremden Arbeitsgebiet herübergefunden und in plötzlicher und gewaltsamer Entwickelung die Grundlage des ärztlichen Standes erschüttert; und so befindet er sich jetzt in einem Uebergangsstadium kämpfender Entwickelung, in dem er wesentlich aus eigener Kraft versucht, einen Ausgleich zu finden zwischen den uniformierenden, generalisierenden Tendenzen und der bisherigen Arbeitsweise des Arztes, die im Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient und in der Durcharbeitung des einzelnen vorliegenden Krankheitsfalles ihre moralisch-persönliche Grundlage und das Fundament ihrer spezifisch-individualistischen Betätigung sah. Mag dieser Kampf Sie auch nicht so sehr direkt berühren, die Stellung, die als Resultat dieser Entwickelung dem ärztlichen Stand teils durch seine innere Kraft, teils durch das ihm entgegengebrachte Ansehen zufallen wird, wird auch entscheidend sein für Ihre Lage und Wertschätzung in der deutschen Volksgemeinschaft; auch darin sind Sie mit uns verbunden. Wenn in dieser dringenden Entwicklung der praktische Arzt nicht in gleicher Weise alle Gebiete der ärztlichen Forschung durchdringen kann und einige Ihnen näher liegende zur Bearbeitung vorzugsweise Ihnen überlassen bleiben, wir werden dankbar sein für jede Frucht, die Sie uns reichen. Ich weiß, auch Sie vertragen auf Ihrem umfangreichen und selten verantwortlichen Wirkungsgebiet kaum weitere Belastung. Aber als vorsichtige Leute haben Sie gleich die beiden längsten Tage des Jahres zu Ihrer Tagung bestimmt, um arbeiten und erfreulich lange Nürnberg mit uns genießen zu können. Möge darum alles recht erfolgreich verlaufen und möge der alte Grundsatz, den Ihr verehrter Herr Vorsitzender zuvor betont hat vom Zusammenhalt von praktizierenden Aerzten mit den beamteten auch den schönen Sinn der Wünsche bilden, mit denen der ärztliche Bezirksverein Ihre Tagung begleitet.

(Bravo!)

Vorsitzender: Meine sehr verehrten Herren! Ich danke im Namen des Bayer. Medizinalbeamtenvereins verbindlichst sämtlichen Herren Vorrednern für die freundlichen Worte der Begrüßung. Ich spreche die Zuversicht aus, daß die Wünsche, die uns dargebracht worden sind, auch in Erfüllung gehen mögen!

Ehe wir in die Tagesordnung eintreten, habe ich ein Gedenken den Mitgliedern zu weihen, die seit unserer letzten Tagung mit Tod abgegangen sind. Es sind dies die Herren:

Bezirksarzt a. D. Med.-Rat Dr. Josef Beyer in Regensburg,
Med.-Rat Dr. Hermann Blümm, Bezirksarzt in Obernburg,
Bezirksarzt a. D. Dr. Josef Blumm, Neustadt a. S.,
Bezirksarzt a. D. Med-Rat Dr. Franz Herrmann in Germersheim,
Hofrat Dr. Veit Kaufmann in Bad Dürkheim,
Bezirksarzt Dr. Hans Lutz in Mühldorf,
Bezirksarzt a. D. Med.-Rat Dr. Peter Schmidt in Nürnberg.

Unter den Verlesenen, meine sehr verehrten Kollegen, befinden sich Namen von gutem Klang, Namen von Kollegen, die eifrig mitgearbeitet haben an unseren Standesaufgaben.

Wenn wir der Toten des vergangenen Jahres gedenken, müssen wir auch des Mannes gedenken, der gegenwärtig in München auf der Totenbare liegt, des langjährigen Chefs des Staatsministeriums des Innern, S. Exz. des Grafen Dr. Max von Feilitzsch.

Das Medizinalwesen hat dem verdienten Staatsmanne viel zu danken, es wird deshalb sein Andenken unter uns Medizinalbeamten, denen der Verstorbene ein wohlwollender Chef gewesen ist, stets ein gesegnetes sein.

M. H.! Ich bitte Sie, sich zum Zeichen ehrenden Gedenkens an unsere Toten von den Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

Ich danke Ihnen!

Ehe wir in die Tagesordnung eintreten, möchte ich Ihnen die freudige Mitteilung machen, daß das laufende Jahr voraussichtlich noch einen Nachtrag zum Hilfsbuch des Kollegen Dr. Gebhardt bringen wird. Dieser Nachtrag wird von allen Mitgliedern sehnlichst erwartet, und ich möchte heute schon Veranlassung nehmen, dem unermüdlichen Kollegen, Herrn Bezirksarzt Dr. Gebhardt, den herzlichsten Dank des Vereins zum Ausdruck zu bringen. (Bravo!)

Wir treten nunmehr in unsere Tagesordnung ein, die dadurch eine Erweiterung erfahren hat, daß es Herr Med.-Rat Dr. Wetzel-Nürnberg in dankenswerter Weise übernommen hat, uns einen kurzen Bericht über das Gesundheitswesen der Stadt Nürnberg zu geben. Ich erteile ihm zunächst das Wort.

II. Medizinalstatistisches der Stadt Nürnberg.

H. Med.-Rat Dr. **Wetzel**, Bezirksarzt in Nürnberg: Meine hochgeehrten Herren! Liebe Kollegen! Ich bedauere sehr nach den schönen Worten, die Sie soeben gehört haben, Ihnen über ein etwas nüchternes Thema vortragen zu müssen. Zuvor möchte ich aber unserem Herrn Landesvorsitzenden bestens danken dafür, daß er mir außerhalb der Tagesordnung das Wort erteilt hat, um die Herren begrüßen zu können. Dieses zu tun, fühle ich mich gedrungen in zweierlei Eigenschaft: Einmal als Person und Mitglied unseres Medizinalbeamtenvereins. Wenn ein Mitglied unseres Vereins bei dieser Gelegenheit auftritt, muß es einen besonderen Grund haben, und diesen Grund entnehme ich daraus, daß ich für meine Person ein gewisses Altersrecht in Anspruch nehmen kann. Ich bin nämlich der einzige noch aktive Medizinalbeamte, der seinerzeit dem Preußischen Medizinalbeamtenverein, unserem Vorbilde und, wenn ich so sagen darf, Vorläufer, als Mitglied beigetreten ist. Die Herren werden sich erinnern, daß im Jahre 1897 der Preußische Medizinalbeamtenverein den Beschluß gefaßt hat, auch außerpreußische Medizinalbeamte in seine Reihen aufzunehmen, und als im Jahre 1898 die Aufforderung zum Beitritt an mich erging, da hatte es mir die schöne Zeitschrift für Medizinalbeamte so angetan — Herr Geheimrat Dr. Rapmund wird das begreifen können —, daß ich mich nicht lange besann, Mitglied des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu werden. Es waren damals außer mir noch Mitglieder: Goetz-Nördlingen, Vanselow-Wolfstein, Waibel-Günzburg, Volk-Lindau, Schröder-Neustadt a. H. Goetz trat bald wieder aus und später in den Bayerischen Medizinalbeamtenverein wieder ein; es blieb somit die Zahl der Bayern in den Jahren 1898 bis 1901 auf uns fünf beschränkt.

Der Gedanke, auch einen Bayerischen Medizinalbeamtenverein zu gründen, wurde aber im Kreise der Kollegen immer lebhafter erwogen. Er bekam eine besondere Förderung, als am 15./16. September 1902 die Versammlung des vom Preußischen Medizinalbeamtenverein ins Leben gerufenen Deutschen Medizinalbeamtenvereins in München stattfand. Damals waren es schon 34 bayerische Kollegen, die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins wurden, und dann vollzog sich die Gründung unseres Vereins, zu welcher der im Herbst 1902 erschienene Aufruf Angerers noch den äußeren Anstoß gab, rasch. Ich beglückwünsche Sie dazu, aber nicht nur für meine Person, sondern auch als Bezirksarzt der Stadt Nürnberg, die sich geehrt fühlt, unsere Versammlung wie so viele illustre während des Jahres in ihren Mauern beherbergen zu können, und die dazu besonders geeignet ist, daß die Vertreter der praktischen Hygiene in ihr tagen. Sicher wird für Sie nicht nur das historische Nürnberg, die Kunststadt Nürnberg oder die Zentrale von Handel und Industrie, sondern auch das Nürnberg in hygienischer Beziehung von Interesse sein und ich möchte

um die Erlaubnis bitten, Ihnen einige möglichst kurzgefaßte Daten über **die gesundheitlichen Verhältnisse Nürnbergs** vortragen zu dürfen. Ich werde mich bei den statistischen Angaben auf die letzten drei Jahre beschränken. Zum Vergleich mit den bayerischen Verhältnissen kann aber nur das Jahr 1910 herangezogen werden, da der bayerische Sanitätsbericht nicht weiter reicht.

Die durchschnittliche Einwohnerzahl Nürnbergs betrug im Jahre 1912: 353160, zurzeit haben wir über 358000.

Wie es überall der Fall ist, so haben wir auch in Nürnberg die Erfahrung gemacht, daß die Zahl der Lebendgeborenen nicht im richtigen Verhältnis zur Bevölkerungszahl steht. Sie betrug 1910: 9072, 1911: 8836, 1912: 9025. Die aus diesen Zahlen sich berechnende Geburtenziffer auf 1000 Personen der mittleren Bevölkerung, die noch 1900: 42 betrug, hat also von Jahr zu Jahr abgenommen, sie ist 1911 auf 26,0 und 1912 auf 25,6 gesunken. Nur ein schwacher Trost ist es, daß immerhin der Geburtenüberschuß gestiegen ist, das kommt aber nur davon her, daß der andere Faktor, die allgemeine Mortalität, in Nürnberg eine erfreulich niedrige ist. Sie betrug im Jahre 1910

im Königreich	1,9 %	der Bevölkerung,
in Mittelfranken	1,8 „	„ „
in Nürnberg	1,61 „	„ „

und ist im Jahre 1912 auf 1,37 % heruntergegangen.

Auch mit der Säuglingssterblichkeit können wir recht zufrieden sein. Sie betrug im Jahre 1910

im Königreich	20,2	von 100 Lebendgeborenen,
in Mittelfranken	19,6	„ „ „
in Nürnberg	18,21	„ „ „

und ist nach einer vorübergehenden Steigerung im heißen Jahr 1911 (20,35) im verflossenen auf 15,62 weiter gesunken. Dem entspricht auch ein befriedigendes Verhältnis der Säuglings- zur allgemeinen Sterblichkeit; es betrug

im Jahre 1910:	33,4 %,
„ „ 1911:	39,45 „
„ „ 1912:	29,2 „

Unter den Krankheits- und Todesfällen spielen natürlich die Infektionskrankheiten eine Rolle; demzufolge ist die Zahl der hier gemeldeten Fälle alljährlich eine beträchtliche. Wir haben hier außer der offiziellen Anzeigepflicht noch eine lokale, die sich neben den anzeigepflichtigen Krankheiten auch auf Pyämie, Gelenkrheumatismus, Intermittens, Keuchhusten, Pneumonie, Masern, Osteomyelitis, Röteln, Rose, Varizellen, Brechdurchfall, Mumps und Influenza erstreckt.

Die Zahl der 1912 gemeldeten Fälle aller akuten Infektionskrankheiten (exkl. Tuberkulose und venerische Krankheiten) ist 10364; es erkrankten also 2,9 % der Bevölkerung an Infektionskrankheiten. Dieses bedeutet für 1912 einen Rückgang, denn es waren gemeldet: 1910: 13379, 1911: 14000. Dementsprechend starben auch weniger Leute an Infektionskrankheiten. Rechnet man Tuberkulose und venerische Krankheiten dazu, so starben

1910: 1816 = 556 auf 100000 Einw.,
1911: 1878 = 552 „ „ „
1912: 1619 = 458 „ „ „ .

Werden Tuberkulose und venerische Krankheiten abgerechnet, so ergeben sich folgende Mortalitätszahlen:

1910: 1080 = 331 auf 100000 Einw.,
1911: 1134 = 334 „ „ „
1912: 886 = 250 „ „ „ .

Werfen wir einen Blick auf die einzelnen wichtigeren Todesursachen, so kann ich Ihnen berichten, daß der Typhus bei uns selten ist. Wir haben gehabt:

1910: 12 Fälle mit 0 Todesfällen,
1911: 84 „ „ 5 „
1912: 18 „ „ 1 „ .

Verglichen mit der Mortalitätsstatistik des Königreichs und Mittelfrankens ergibt sich das folgende Bild. Auf 100000 Einwohner starben an Typhus:

1910 im Königreich:	1,7,
„ in Mittelfranken:	0,21,
„ in Nürnberg:	0,0,
1911 „ „	2,0,
1912 „ „	0,27.

Auf 1000 Gestorbene treffen Typhusfälle:

1910 im Königreich:	0,88,
„ in Mittelfranken:	0,12,
„ in Nürnberg:	0,0,
1911 „ „	0,9,
1912 „ „	0,2.

Die Schwankungen sind anscheinend groß, bei den kleinen Zahlen ist dies aber ohne Bedeutung; jedenfalls geht aus der Statistik hervor, daß der Typhus hier keine Rolle spielt, zumal sich unter den gemeldeten Fällen alljährlich einige eingeschleppte befinden.

Die Zahl der Todesfälle an Scharlach betrug 1912: 21. Auf 100000 Personen starben an Scharlach:

1910 im Königreich:	7,0
„ in Mittelfranken:	8,7,
„ in Nürnberg:	7,0,
1911 „ „	8,0,
1912 „ „	5,9.

Auf 1000 Gestorbene treffen Scharlachfälle:

1910 im Königreich:	3,7,
„ in Mittelfranken:	4,9,
„ in Nürnberg:	4,4,
1911 „ „	5,4,
1912 „ „	4,3.

An Diphtherie und Krupp starben 1912: 24 Personen. Zieht man einen Vergleich, so sieht man, daß auf 100000 Einwohnern gestorben sind:

1910 im Königreich:	20,7,
„ in Mittelfranken:	13,2,
„ in Nürnberg:	8,0,
1911 „ „	8,0,
1912 „ „	7,0.

Auf 1000 Gestorbene treffen Diphtheriefälle:

1910	im Königreich:	10,9,
„	in Mittelfranken:	7,5,
„	in Nürnberg:	5,3,
1911	„ „	5,0,
1912	„ „	5,0.

Ein ander Bild! Es hieße die Berichterstattung wenig objektiv betreiben, wollte man über einen wunden Punkt hinweggehen, der in einigem Widerspruch zu unseren sonstigen günstigen hygienischen Verhältnissen steht.

An Kindbettfieber haben wir leider 1912 nicht weniger als 17 Frauen verloren und die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle ist alljährlich eine beträchtliche; sie betrug:

1910:	54, davon starben:	14,
1911:	58, „ „	12,
1912:	75, „ „	17.

Man hat die Mehrung der Fälle damit zu erklären versucht, daß sanitätspolizeilicherseits der Bereich der Anzeigepflicht jetzt mehr ausgedehnt worden sei und infolgedessen besonders auch die an Aborte sich anschließenden septischen Prozesse als Kindbettfieber deklariert würden. Ich weiß nicht, ob das früher nicht so gehandhabt wurde. Es zu tun, ist aber sicher gerechtfertigt, da eine Sepsis post abortum ebenso übertragbar ist als eine Sepsis puerperalis im engeren Sinne. Im übrigen spricht gegen die obige Annahme die bei gleichen Verhältnissen große Steigerung vom Jahre 1911 auf 1912, sowie der Umstand, daß ja auch die Todesfälle häufiger geworden sind. Man kann sich der Erkenntnis nicht verschließen, daß die artifiziellen Aborte immer häufiger werden, die so manche schwere Erkrankung und manchen Todesfall auf dem Gewissen haben. So haben wir 1912 unter unseren Todesfällen 4 nach Abort ohne Hebammenhilfe.

Mit unserem Hebammenmaterial können wir im ganzen zufrieden sein, dagegen wird eine gewisse Neigung der Aerzte zu Polypragmasie behauptet. Jedenfalls zeigen die günstigen Erfolge des Wöchnerinnenheims, daß man mit exspektativem Verfahren immer noch in der Mehrzahl der Fälle am besten fährt.

Das Angererkästchen hat uns — wie unser verstorbener Kollege Harder seinerzeit Ende 1911 ausgeführt hat — den erhofften Nutzen nicht gebracht, und die Ergebnisse von 1912 sind nicht dazu angetan, eine Aenderung der Beurteilung eintreten zu lassen. Jedenfalls spricht es nicht für diese Einrichtung, daß, obwohl das Kästchen von den in der Stadt praktizierenden Hebammen bei 8172 Geburten nur 3682 mal, also in 45 % der Fälle benutzt wurde — im Wöchnerinnenheim und im Krankenhaus werden nur Handschuhe benutzt — bei den unter dieser Zahl von 8172 Fällen vorgekommenen 51 Erkrankungen an Kindbettfieber das Kästchen 34 mal = in $66^2/_3$ %, und bei den der obigen Zahl entsprechenden 14 Todesfällen das Kästchen 10 mal = in 71 % der Fälle in Anwendung kam.

Auf 10000 Gebärende starben an Kindbettfieber:

1910	im Königreich	13,7,
„	in Mittelfranken	14,2,
„	in Nürnberg	15,0,
1911	„ „	13,22,
1912	„ „	18,33.

Wie Sie aus der Tabelle sehen, sind wir zwar vom Jahre 1899 bis 1909 unter dem Durchschnitt des Königreiches geblieben, aber die Steigerung von 1909 auf 1910 und von 1911 auf 1912 erregt Bedenken; wir wollen nur hoffen, daß es sich um eine vorübergehende Erscheinung handelt.

Ein weit erfreulicheres Bild gewährt uns der Einblick in den Gang der Tuberkulose in Nürnberg. An der seit Jahren allgemein beobachteten Abnahme hat Nürnberg seinen vollen Anteil, obwohl gerade Nürnberg mit seinen zahlreichen, der Gesundheit nicht förderlichen Industriebetrieben und seiner zahlreichen Arbeiterbevölkerung besonders zur Tuberkulose disponiert ist. Bei der Tuberkulose sieht man recht deutlich, daß das maßgebende Urteil über die Frequenz der Krankheit nur aus dem Verhältnis der Fälle zur Einwohnerzahl, nicht zur Gesamtsterblichkeit abgeleitet werden kann, und da wir nur die wirkliche Zahl der Todesfälle kennen, nicht die der Erkrankungen, so sind wir bei der statistischen Bearbeitung nur auf die Todesfälle angewiesen. Das Verhältnis zur Gesamtmortalität kann sich anders verhalten als zur Zahl der Bewohner, denn ein hoher Prozentsatz kann sowohl durch eine hohe Tuberkulosesterblichkeit, als durch eine niedere Gesamtsterblichkeit hervorgerufen werden. In Nürnberg ist letzteres der Fall.

Betrachten wir vorerst die Tuberkulose insgesamt, also inklusive Tuberkulose anderer Organe und akuter Miliartuberkulose. Auf 100000 Personen starben:

1910	im Königreich:	222,8,
„	in Mittelfranken:	217,4,
„	in den Städten des Königreichs:	244,0,
„	in den Städten von Mittelfranken:	282,0,
„	in Nürnberg:	225,0,
1911	„ „	210,0,
1912	„ „	201,0.

Dieses günstige Ergebnis der Neuzeit wird nur übertroffen von der Tuberkulosemortalität der Städte des Deutschen Reiches über 15000 Einwohner, die im Jahre 1911 nur 173 betrug, immerhin wird es freudig überraschen, daß in Nürnberg im Vergleich zur Einwohnerzahl viel weniger Leute an Tuberkulose starben, als man denken soll.

An Tuberkulose der Lungen allein starben von 100000 Einwohnern:

1910	im Königreich:	187,4,
„	in Mittelfranken:	182,1,
„	in den Städten des Königreichs:	203,0,
„	in den Städten von Mittelfranken:	193,0,
„	in Nürnberg:	183,3,
1911	„ „	178,6,
1912	„ „	170,4.

Wir sehen also auch hier die niedrige Zahl und die abfallende Tendenz.

Gegensätzlich ist die Berechnung auf 1000 Gestorbene. Darunter befinden sich der Tuberkulose (insgesamt) Erlegene:

1910 im Königreich:	117,4,
„ in Mittelfranken:	123,2,
1911 in den Städten des Deutschen Reichs über 15 000 Einw.:	105,8,
1910 in Nürnberg:	148,8,
1911 „ „	136,3,
1912 „ „	146,9.

Der Prozentsatz aller Tuberkulose-Todesfälle zur Gesamtmortalität ist also relativ hoch; er beträgt nicht ganz $^1/_7$, während er in den Städten des Deutschen Reiches nur etwas über $^1/_{10}$ ist. Daß dies nur durch unsere gute Gesamtmortalität zu erklären ist, zeigt das Jahr 1911. Eine Gegenüberstellung ergibt nämlich:

Auf 1000 Gestorbene treffen Tuberkulöse		Gesamtmortalität in Proz.
1910:	148,8	1,51
1911:	136,3	1,54
1912:	146,9	1,37

1911 ist also das Verhältnis auf 1000 Gestorbene besser als 1910 und 1912, obwohl die Gesamtmortalität nicht geringer, sondern größer ist. Das Jahr 1910 figuriert mit der höchsten Zahl, weil bei ihm zwei Momente in Betracht kommen, teils eine etwas höhere Tuberkulosesterblichkeit, teils eine niedere Gesamtsterblichkeit.

Auf Lungentuberkulose allein treffen von 1000 Todesfällen:

1910 im Königreich:	98,8,
„ in Mittelfranken:	103,2,
„ in den Städten des Königreichs:	121,2,
„ in Nürnberg:	121,1,
1911 „ „	114,1,
1912 „ „	124,5.

Auch hier zeigt sich die relative Höhe im Gegensatz bezw. bedingt durch die geringe allgemeine Sterblichkeit des Jahres 1912 gegen das Jahr 1911, denn es betrug

Das Verhältnis der Todesfälle auf 1000 Gestorbene		Der Prozentsatz der allgem. Sterblichkeit
1910:	121,1	1,51,
1911:	114,1	1,54,
1912:	124,5	1,37.

Bei dem Rückgang der Tuberkulose-Sterblichkeit sehen wir, geradeso wie bei dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit, deutlich die Erfolge des Wirkens unserer hochorganisierten Fürsorgeeinrichtungen; das Ziel unserer Tuberkulose-Bekämpfung wird aber erst dann erreicht sein, wenn wir nicht nur die geringste Tuberkulosesterblichkeit aller Einwohner, sondern auch den geringsten Prozentsatz im Vergleich zur Gesamtzahl der Gestorbenen erzielt haben werden.

Ich glaube Ihnen in dem Vorgetragenen den statistischen Nachweis geliefert zu haben, daß unsere sanitären Verhältnisse in Nürnberg durchaus gute sind. Wir haben eine geringe Sterb-

lichkeit, besonders eine geringe Säuglingssterblichkeit; die Zahl der akuten Infektionskrankheiten nimmt bei uns ab, der Typhus spielt keine Rolle, die Sterblichkeit an Scharlach, Diphtherie und Tuberkulose ist 1912 unter dem Durchschnitt des Königreiches und des Kreises Mittelfranken; nur mit dem Kindbettfieber sind wir nicht recht zufrieden. Das war nicht immer so. Die Mortalitätsziffer der Tuberkulose, des Typhus, des Scharlachs, der Diphtherie bewegt sich seit Jahren in einer kontinuierlich abfallenden Kurve, und wenn wir uns jetzt beim Kindbettfieber über eine Mortalitätsziffer von 18 auf 10000 Gebärende entsetzen, so haben wir noch 1898 eine solche von 25 und früher 40 und darüber gehabt.

M. H.! Daß sich das Blatt gewendet hat, ist dem glücklichen Zusammenwirken und dem Fleiß und der Ausdauer einer Reihe von Faktoren zuzuschreiben. Sicher waren in Nürnberg mit seiner immer mehr wachsenden Industriebevölkerung, mit seiner unebenen Oberfläche, mit seinen engen Straßen, seinem relativ unbedeutenden Vorfluter die Verhältnisse einer Sanierung besonders ungünstig gelagert; aber die Sanierung ist gelungen. Das verdanken wir der langjährigen Tätigkeit eines Mannes, der in der Jubiläumsfestschrift von 1906 von berufenster Seite der „Pettenkofer Nürnbergs“ genannt wurde, des Herrn Ob.-Med.-Rats Dr. von Merkel; wir verdanken es dem Oberhaupt der Stadt, der Einsicht und Opferwilligkeit der städtischen Kollegien, denen nie ein Opfer für hygienische Zwecke zu groß war; wir verdanken es der Wohlhabenheit der Stadt, die die Mittel schaffte, und nicht am wenigsten der ärztlichen Standesvertretung, auf deren Unterstützung der hygienische Berater der Stadt jederzeit rechnen konnte, sowie einzelnen hervorragenden Kollegen, die sich bei der Bearbeitung von Spezialgebieten mit bewundernswerter Geschicklichkeit und Eifer dem Dienst der Allgemeinheit widmeten und widmen. So ist es gekommen, daß unsere sanitären Einrichtungen den Vergleich mit anderen großen Städten nicht zu scheuen brauchen.

Unsere Kanalisation wird entsprechend dem starken Wachsen der Stadt mehr und mehr ausgedehnt. Wir haben für den Norden einen großen Hauptsammelkanal gebaut, das Tiergartenviertel kanalisiert, und sind im Begriff, auch unsere Villenvororte Erlenstegen und Mögeldorf in die Kanalisation einzubeziehen. Wir haben seit 1912 eine erstklassige Quellwasserleitung, die mit einem Aufwand von 12 Mill. Mark gebaut wurde, nachdem die Erlenstegener Grundwasserleitung dem Bedürfnis nicht mehr zu entsprechen in der Lage war. Das aus der Tiefe des Pegnitzgrundes Wasser liefernde Erlenstegener Werk, das erst vor einigen Jahren mit einer Enteisungsanlage versehen worden war, dient nur noch als Reserve.

Auf dem Gebiete der Abwasserbeseitigung haben wir den Erfahrungen der Neuzeit Rechnung getragen; wir haben biologische Anlagen gebaut und sind mit dem Bau der Emscher Brunnen in Süddeutschland vorangegangen.

In der Bekämpfung ansteckender Krankheiten hat sich die Stadt besonders hervorgetan durch Gewährung der Unentgeltlichkeit der bakteriologischen Untersuchungen und sämtlicher Desinfektionen, durch Verbesserungen der Desinfektionsanstalt, durch organisatorische Verbesserungen des Desinfektionswesens, insbesondere durch Aufstellung eines eigenen Desinfektors für fortlaufende Desinfektionen. Auch wird künftig nach Vorschlag des Amtsarztes für die Desinfektoren und Hilfsdesinfektoren eine alle 14 Tage stattfindende Unterrichtserteilung durch den Physikatsassistenten, Freiherrn Dr. v. Ebner, stattfinden, da es sich gezeigt hat, daß die bleibenden Kenntnisse der Desinfektoren recht lückenhaft sind. Wir sind im Begriff einen neuen großen Friedhof, den Südfriedhof, zu eröffnen; das Krematorium am Westfriedhof werden Sie heute zu sehen bekommen. Die Wohnungshygiene wird von der Stadt befördert durch Aufstellung eigener Wohnungsinspektoren und tatkräftige Unterstützung der Gartenstadt- und Kleinwohnungsbauten. Gegründet wurde eine landwirtschaftliche Abteilung der Armenbeschäftigungsanstalt, ihrer demnächstigen Vollendung sehen entgegen eine großartige Pfründeanstalt, das neue Sebastianspital, und das neue Volksbad mit 3 Schwimmhallen. In absehbarer Zeit steht in Aussicht der Bau einer neuen Desinfektionsanstalt; auch ist ein 10 Millionenprojekt zur Verbesserung unserer Pflasterungsverhältnisse bereits angenommen und der Bau eines neuen Krankenhauses — Kostenpunkt 12 Mill. Mark — sowie einer großen modernen Armenanstalt zu erwarten.

Auf dem Gebiete der sozialen Hygiene weise ich auf die hiesige Jugendfürsorge mit Gründung eines Knaben- und Mädchenheims und des bereits im Entstehen begriffenen Baues eines Lehrlingsheims hin. Die Säuglingsfürsorge, um deren Einrichtung sich der verstorbene Bezirksarzt, Med.-Rat Dr. Roth, besonders verdient gemacht hat, ist seit 1906 durch Mutterberatungsstellen, Stillunterstützungen, Kontrolle durch Aerzte, Aufsichtsdamen und eigene Schwestern neu organisiert; eine Schulzahnklinik wird von der Stadt unterhalten. Ich weise ferner hin auf unsere ebenfalls erst seit 1906 bestehende, weit über Bayerns Grenzen bekannte Tuberkulosefürsorge mit Walderholungsheim Rückersdorf, Kindererholungsheim und Waldschule, auf die Tätigkeit unserer Krüppelfürsorge und Fürsorge für Alkoholkranke, auf die segensreiche Tätigkeit unseres Vereins für Ferienkolonien.

M. H.! Mit wenigen Ausnahmen sind alle die Ihnen genannten Einrichtungen, besonders die sozialhygienischen, in den letzten 6—7 Jahren entstanden; überall hat die Stadtverwaltung, wenn sie nicht allein die Kosten trägt, durch Gewährung beträchtlicher Beihilfen das Zustandekommen und Bestehen dieser dem Volkswohl dienenden Einrichtungen gesichert.

Die Stadt gibt jährlich aus für:

Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit . . .	56810	M.,
die Desinfektionsanstalt	37785	„ ,
Ueberwachung usw. der Bazillenträger . . .	1000	„ ,
Bekämpfung der Tuberkulose	37410	„ ,
Jugendfürsorge	21027	„ ,
die Schulzahnklinik	19220	„ ,
die Krüppelfürsorge	5000	„ ;

außerdem hat sie einen Beitrag von 20000 M. zum Bau eines eigenen Krüppelheims gewährt.

Vielfach arbeitet die Stadt zusammen mit der Privatwohltätigkeit, deren Tätigkeit auf dem Gebiete der Tuberkulosenfürsorge, der Jugendfürsorge, der Krüppelfürsorge, der Unterhaltung des Wöchnerinnenheims und des Cnopfschen Kinderspitals nicht genug gerühmt werden kann.

M. H.! Ich habe mich auf ganz kurze Mitteilungen beschränkt, über alle diese Gebiete genau zu referieren, ist ja nicht möglich; ich denke aber, daß Sie aus meinen Darlegungen die Ueberzeugung gewonnen haben, daß in Nürnberg wie auf industriellem Gebiet auch auf dem hygienischen alles lebt und webt und im Fortschreiten begriffen ist, und daß Nürnberg in der Tat wert ist, zum Ort der Gründung und der Tagung unseres Medizinalbeamtenvereins ausersehen worden zu sein. Es ist wirklich eine Lust, diese Entwickelung der Stadt zu beobachten, daran mitarbeiten zu dürfen und zu sehen, wie dahier auch in unserem Sinn die Devise gilt, die vor ein paar Jahren unser zweiter Herr Bürgermeister als Motto seiner Antrittsrede gewählt hat:

Sempre avanti!

Und in diese Worte kleidet denn auch der Bezirksarzt der Stadt Nürnberg seine Wünsche für unseren Medizinalbeamtenverein:

Sempre avanti!

Möge der Bayerische Medizinalbeamtenverein in der bisherigen so erfreulichen Entwickelung immer fortschreiten; möge er der Erreichung seiner Ziele immer näher kommen!

(Bravo!)

Vorsitzender: Wünscht jemand das Wort? Wenn dies nicht geschieht, habe ich Herrn Med.-Rat Dr. Wetzel zu danken für den klaren Einblick, den er uns in die hygienischen Einrichtungen seiner Wirkungsstätte gegeben hat.

III. Feuerbestattung und Gerichtliche Medizin.

Prof. Dr. **M. Richter**, Landgerichtsarzt in München: **M. H.!** Es ist Ihnen allen bekannt, daß in denjenigen Staaten, welche die fakultative Leichenbestattung zugelassen haben, gewisse gesetzliche oder im Verordnungswege erlassene Bestimmungen bezüglich der zur Verbrennung bestimmten Leichen bestehen,

Bestimmungen, die rein äußerlich betrachtet, eine Erschwerung der Feuerbestattung gegenüber der Erdbestattung darstellen und auch als solche von den Anhängern der fakultativen Feuerbestattung empfunden werden.

Wenn wir uns nach den Ursachen derartiger Bestimmungen fragen, so fallen natürlich Beweggründe politischer, religiöser, ethischer oder hygienischer Art weg; es erübrigen sonach solche kriminalistischer Natur. In der Tat haben die vielfach sowohl von Aerzten, wie auch von Juristen geäußerten Bedenken Veranlassung gegeben, die Zulassung der fakultativen Feuerbestattung an die Erfüllung gewisser Bedingungen zu knüpfen, welche die Verheimlichung von strafbaren Handlungen möglichst hintanhalten sollen. Die von Einzelnen gemachten Bedenken zivilrechtlicher Natur treten, da es sich da um private Interessen und nicht um Angelegenheiten des Staates handelt, gegenüber den kriminalistischen Bedenken so zurück, daß sie wohl außer Betracht bleiben können.

Es kann vom ärztlichen Standpunkte aus gewiß ohne weiteres zugegeben werden, daß an der Asche eines durch Flamme Bestatteten Erhebungen irgendwelcher Natur nicht mehr gemacht werden können. Das einzige, was noch denkbar wäre, der chemische Nachweis einzelner Gifte, kommt nicht in Betracht, weil nach den Untersuchungen von Mai und Hurt[1]) einzig und allein Spuren von Arsen in der Asche nachweisbar sind, und weil der Nachweis solcher Spuren gewiß noch nicht dem Nachweis einer stattgehabten Vergiftung gleichzusetzen ist. Es wird sich z. B., um auf andere Gesichtspunkte nicht erst einzugehen, niemals ausschließen lassen, daß derartige Spuren durch irgendeine Arsenmedikation in den Körper oder durch arsenhaltiges Feuerungsmaterial beim Verbrennen der Leiche in die Asche gekommen sein können.

In dieser Richtung besteht demnach ein Nachteil der Feuerbestattung gegenüber der Erdbestattung. Denn wenn man erwägt, daß doch im Laufe der Jahre in einer ganzen Anzahl von Fällen durch Exhumierung und Untersuchung von Leichen Verbrechen festgestellt und strafrechtlich gesühnt worden sind, die ungesühnt hätten bleiben müssen, wenn eine Feuerbestattung erfolgt wäre, so kann man nicht ohne weiteres über die Einwände hinweggehen, die von ärztlicher und kriminalistischer Seite gegen die Zulassung der fakultativen Feuerbestattung erhoben worden sind. Jedenfalls ist es, wie ich vor mehreren Jahren schon hervorhob[2]), nicht angebracht, wenn man vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte diese Bedenken für haltlos oder für unerheblich erklärt, und wenn damit der ärztlichen Wissenschaft eine Verantwortung aufgeladen wird, die sie zu tragen weder fähig noch bemüßigt ist. Da-

---

[1]) Mai und Hurt: Der forens.-chem. Nachweis von Giften etc. Zeitschrift für angewandte Chemie; 1904, H. 43.

[2]) Diskussion zu dem Vortrage von Schulz in Karlsruhe 1911. Vierteljahrsschrift f. Ger. Med.; 1912, II. Suppl.-Heft S. 251.

gegen ist es wohl angängig, sich zu fragen, in welchem Ausmaße Gefahren für die Strafrechtspflege zu erwarten sind und wie man diesen am besten begegnen kann?

Die Bedenken, die gegenüber der Feuerbestattung in Betracht kommen, beziehen sich auf Fälle von gewaltsamer Tötung (durch mechanische Mittel oder durch Gifte), auf die Feststellung eines stattgehabten geschlechtlichen Mißbrauches, einer bestandenen Schwangerschaft oder einer erfolgten Entbindung, dann auf Feststellung der Identität der Leichen, die Erlangung von Vergleichsobjekten (Haaren z. B.), endlich auf Momente, die die Feststellung einer natürlichen oder gewaltsamen Todesart einerseits, den Unterschied zwischen Unfall, Selbstmord oder Mord anderseits ermöglichen sollen. Implizite ist bei all diesen Möglichkeiten zu bedenken, daß der negative Befund ebenso von Bedeutung sein kann, wie der positive, indem durch den ersteren die Nichtigkeit einer Beschuldigung möglicherweise nachgewiesen wird.

Als Beispiele führe ich an die auch in den ausführlichen Arbeiten von Stark[1]) und Hellwig[2]) erwähnten Fälle: Gelegentlich der Beratung des preußischen Feuerbestattungsgesetzes hat der preußische Justizminister eine Statistik über 22 Strafsachen gebracht, in denen durch die Exhumation ein Mord festgestellt wurde und Verurteilung erfolgte. Sie erstreckt sich auf die Jahre 1892 bis 1911, in denen insgesamt 525 Verurteilungen wegen Mordes stattgefunden haben. Leider sind die Fälle mit negativem oder unklarem Befund nicht angeführt, in denen das durch die Exhumation gelieferte Material nicht ausreichte zur Erhebung einer Anklage oder zur Verurteilung, oder in denen der Befund zur Entlastung eines Beschuldigten dienen konnte. Die 22 Fälle betrafen 31 gewaltsam getötete Personen: Eine „Vergiftung“ (ohne nähere Angaben), 21 Arsenvergiftungen, 3 Fälle von Phosphor-, 1 Fall von Morphiumvergiftung, 4 Fälle von Erwürgen, ein unklarer Fall (Verurteilung des Angeklagten auf Grund anderweitiger Beweise [?]). Von diesen Fällen wurden die Vergiftungsfälle sichergestellt durch die chemische Untersuchung. Von den mechanischen Tötungsfällen fordert einer (Fall 2) zur Kritik heraus: Bei einem 5 Wochen alten Kinde, das eingestandenermaßen erwürgt worden war, soll die 9 Monate nach dem Tode vorgenommene Obduktion der exhumierten Leiche „das Geständnis bestätigt haben“. Es ist nach meinen Erfahrungen so gut wie ausgeschlossen, an einer 9 Monate in der Erde gelegenen Leiche eines 5 Wochen alten Kindes noch in einwandfreier Weise eine Erwürgung feststellen zu können. Veränderungen an der Halshaut können unmöglich mehr nachweisbar gewesen sein (der „Arzt“ hatte solche selbst an der frischen Leiche nicht

[1]) Stark: Die Feuerbestattung vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Groß' Archiv; Bd. 34, S. 195.

[2]) Hellwig: Feuerbestattung und Rechtspflege. Groß' Archiv; Bd. 44, S. 1.

bemerkt); Kehlkopfbrüche gibt es bei dem knorpeligen Kehlkopf eines Kindes nicht; es blieben sonach nur Blutungen unter der Haut und zwischen den Halsmuskeln übrig, die an einer so lange beerdigten Leiche gewiß nicht nachzuweisen waren. Wie demnach der Obduktionsbefund das Geständnis bestätigen konnte, ist rätselhaft. Die anderen 3 Erwürgungsfälle betrafen Erwachsene, die Exhumation erfolgte einige Wochen nach dem Tode; da mag ja der Befund noch verwendbar gewesen sein. Die Fälle von Ludwig[1]) und von Kratter[2]) [3]) betrafen Vergiftungen, die von Bihler[4]) angebliche Ermordung von Kindern durch eine in den Kopf eingebohrte Hutnadel; auch sonst finden sich in den Lehrbüchern und der Literatur verstreut Fälle, in denen die Exhumation für die Eruierung strafbarer Handlungen Bedeutung hatte. Ich selbst hatte zwei Exhumationen wegen angeblicher Vergiftung zu machen; der Befund, respektive das Ergebnis der chemischen Untersuchung war quoad Vergiftung negativ, doch konnte in dem einen Falle noch beträchtliche Arteriosklerose der Aorta festgestellt werden. Ein weiterer Fall betraf ein angeblich mißhandeltes, plötzlich gestorbenes Kind (keine Verletzungsspuren, vielleicht Nephritis nach Scharlach), ein vierter einen Tod durch Ertrinken (negativer Befund); in einem fünften, mir aus den Akten bekannten Fall, handelte es sich um eine umfängliche Zertrümmerung von Gesichts- und Schädelknochen, wahrscheinlich durch Anfahren an einen Baum bei abschüssiger Straße; die Exhumation war einige Monate nach der Beerdigung veranlaßt worden wegen des Verdachtes, daß es sich nicht um einen Unfall des Radfahrers, sondern um Tötung durch zwei Genossen des Verstorbenen handle. Der Befund sprach mehr für Verunglückung.

Bei der Bewertung der Exhumationsergebnisse darf man allerdings, um objektiv zu bleiben, die Bedeutung einzelner Fälle nicht überschätzen. Wenn z. B. in dem immer wieder zitierten Falle von Riedel[5]) der Angeschuldigte, der seine Verwandte geschwängert und dann ins Wasser gestoßen haben sollte, gefesselt der Obduktion beiwohnen mußte (ohne sonstige schwerwiegende Verdachtsgründe?), um dann, als das Fehlen einer Schwangerschaft konstatiert worden war, gleich aus der Haft entlassen zu werden, so ist das einfach unverständlich, wie schon anderweitig betont ist. Mit der gemachten Konstatierung war doch der Verdacht einer gewaltsamen Tötung durch fremde Hand nicht beseitigt, denn es konnten noch andere Motive als die angebliche Schwangerschaft in Betracht kommen;

---

[1]) Ludwig: Erfahrungen aus dem Gebiete der Gerichtl. Chemie. Wiener med. Wochenschrift; 1910, S. 793.

[2]) Kratter: Ueber Giftwanderung in Leichen etc. Vierteljahrsschrift f. Ger. Medizin; 3. F., B. 3, Supplem.

[3]) Kratter: Beiträge zur Lehre von den Vergiftungen; Leipzig, 1909.

[4]) Bihler: Kindermord durch Einstechen einer Hutnadel in den Kopf. Zeitschrift f. Medizinalbeamte; 1908, S. 647.

[5]) Riedel: Zur Kasuistik der Spätexhumierung menschlicher Leichen. Münchener med. Wochenschrift; 1899, S. 767.

auch ist es denkbar, daß der Angeschuldigte die Verstorbene für schwanger halten konnte, zumal, wenn sie es ihm gegenüber vielleicht selbst behauptet hatte (aus Irrtum oder bewußter Lüge).

Dasselbe gilt z. B. von den Exhumierungen bei nachträglich aufgetauchtem Verdacht von Kindermißhandlung oder Verwahrlosung. Solche Fälle sind schon an der frischen Leiche nur selten mit jener Sicherheit festzustellen, wie sie für Strafrechtszwecke erforderlich ist; an einer faulen, exhumierten Leiche ist der negative Befund, den man dann in der Regel erhält, weder als Beweis noch als Widerlegung zu benutzen. — Daß in der Mehrzahl der exhumierten Vergiftungsfälle der anatomische und chemische Befund negativ und daher nicht beweiskräftig ist, möchte ich nach meinen Erfahrungen auch annehmen.

Immerhin geht aus dem oben Gesagten hervor, daß es doch in einer Anzahl von Fällen möglich war, noch nach längerer Zeit wichtige Befunde festzustellen.

Unter den Mitteln, die eine Schädigung der Justizpflege durch die Feuerbestattung hintanhalten sollen, ist zunächst die Leichenschau zu erwähnen, die ja auch bei der Erdbestattung z. T. wenigstens aus kriminalistischen Rücksichten eingeführt ist. Die Leichenschau ist nun, wie anderweitig auseinandergesetzt wurde,[1]) gänzlich unzureichend für diesen Zweck, bei der Erdbestattung gerade so, wie bei der Feuerbestattung. Nur bei ganz groben äußerlich sichtbaren Verletzungen — die ohnedies meist durch die Umstände klargestellt sind — und bei einzelnen Vergiftungen kann durch die Beschau eine gewaltsame Tötung festgestellt werden oder wenigstens der Verdacht einer solchen entstehen.

Es ist ganz unverständlich, daß immer wieder der Leichenschau eine so übertriebene Bedeutung im Hinblick auf die Erkennnung der Todesart beigemessen wird. Wenn ein Arzt zu einem Kranken gerufen wird, dann wird er die Anamnese aufnehmen, Inspektion, Perkussion, Auskultation, Harnuntersuchung usw. anwenden und doch möglicherweise die Krankheit nicht erkennen; wenn er aber denselben Kranken als Leiche nur besichtigt, dann soll er aus der Beschau die Diagnose der Todesart machen können. Tatsächlich hat auch die Leichenschau in erster Linie nur den Zweck, den Eintritt des Todes festzustellen; Furcht vor dem Lebendigbegrabenwerden war die erste Veranlassung für die Einführung einer geregelten Leichenschau.

Daß die Leichenschau ein ganz unzulängliches Mittel zur Verhütung der Verheimlichung von Verbrechen darstellt, beweisen gerade die Fälle, in denen erst durch eine nachträgliche Exhumation der Tatbestand einer strafbaren Handlung bewiesen wurde, trotzdem eine Beschau der Beerdigung vorangegangen

---

[1]) Richter: Ueber plötzliche Todesfälle. Off. Bericht über die Versammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins; Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911.

war. In den schon oben erwähnten, vom preußischen Justizminister gebrachten Fällen hatten die behandelnden oder Beschauärzte angenommen bei Arsenvergiftung: Herzlähmung, Herz- oder Hirnschlag, Magenkrebs (!), Magen- und Darmkatarrh, „Nichts Verdächtiges"; bei Erwürgten: „Nichts Verdächtiges", zufällige Erstickung im Bett.

Daß Kohlenoxydvergiftungen nicht erkannt werden, daß sie für Wurstvergiftungen gehalten werden (bei der Beschau!), ist mir selbst wiederholt vorgekommen; in einem Falle nahm der ärztliche Leichenschauer bei einem 28 Jahre alten, in ihrem Zimmer tot aufgefundenen Mädchen „zweifellos" Erstickung als Todesursache an, weil die Leiche im Gesichte blau war (sie war auf dem Bauche liegend gefunden worden, hatte also im Gesichte Totenflecke); die Obduktion ergab als Todesursache Hirnblutung bei Nebennierentumor und Gefäßwanderkrankungen. Das abfällige Urteil, welches Greiff[1]) gelegentlich der Naturforscher- und Aerzteversammlung in Karlsruhe über die Leichenschau gefällt hat, erscheint dem, der die Verhältnisse kennt, nicht zu hart.

Ueberdies ist es nicht verwunderlich, daß z. B. Strangfurchen nicht erkannt werden, denn sie können verschwinden oder undeutlich werden; auch Verletzungen (in der behaarten Kopfhaut z. B.) können übersehen werden.

Eine recht geringe Bedeutung ist auch den Krankheitserscheinungen zuzuschreiben, die dem Tode vorangegangen sind. Gerade in Fällen, in denen es sich um raffinierte Vertuschung einer gewaltsamen Tötung handelt, werden dem Beschauarzt oder dem in extremis zugezogenen behandelnden Arzte falsche Angaben gemacht werden, deren einseitige oder nicht vorurteilsfreie Bewertung auf Irrwege führen kann. Und selbst wenn tatsächliche Symptome angegeben oder beobachtet werden, was will der Beschauarzt mit diesen anfangen? War das Erbrechen z. B. ein Vergiftungssymptom, oder war es zerebral ausgelöst, Symptom einer Peritonitis, eines Darmverschlusses, einer Infektionskrankheit? Was läßt sich aus den Angaben über Diarrhöen, Krämpfe, Bewußtlosigkeit schließen? Alle diese Symptome können Vergiftungssymptome, z. T. auch Folgen einer Verletzung sein, sie müßten also einen vorsichtigen Beschauarzt immer veranlassen, die gerichtliche Leichenöffnung zu beantragen.

Die Erfahrung lehrt dann auch, daß die Krankheitserscheinungen in keiner Weise bei der Klarstellung verdächtiger Fälle eine Rolle spielen, ja, daß sie sogar einen bestehenden Verdacht auf falsche Bahnen lenken. Daß z. B. Erbrechen infolge irgendeines zerebralen Prozesses auf Wurst- oder Fleischvergiftung bezogen wird, ebenso Lähmungserscheinungen infolge von Hirnerweichung auf Botulismus zurückgeführt wird, daß weite Pupillen fälschlich auf Atropin- oder Wurstvergiftung be-

---

[1]) Diskussion zu dem Vortrage von Schulz. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1912, II. Suppl.-Heft, S. 250.

zogen werden und dgl. mehr, ist eine immer wieder zu machende Erfahrung. Zum Teil mag ja da Nachlässigkeit und mangelndes Urteilsvermögen eine Rolle spielen, z. T. liegt es aber in der Natur der Sache, daß aus den Krankheitssymptomen ein Schluß auf die Todesursache nicht gezogen werden kann.

Die Berücksichtigung der Begleitumstände wird ja unter Umständen einen Anhaltspunkt geben können; allzuviel darf man sich aber davon auch nicht versprechen. Jene Fälle, in denen der Verdacht einer gewaltsamen Tötung irrigerweise entsteht, geben zu Erörterungen hier keinen Anlaß, weil ja dann durch die weitere amtliche Prozedur die Fälle klargelegt werden können. Wichtiger sind jene, in denen verdächtige Umstände vertuscht oder in einer Weise gedeutet werden, daß sie einen aufsteigenden Verdacht entkräften. In den oben angeführten Fällen der preußischen Statistik z. B. fanden sich solche, in denen eine Frau drei (oder gar vier) von ihren Ehemännern hintereinander durch Arsen beseitigt hatte; ein Mann hatte seine zwei Frauen innerhalb $1^1/_2$ Jahre auf dieselbe Weise ums Leben gebracht; eine Dienstmagd innerhalb derselben Zeit zwei Frauen, die ihrer Verheiratung im Wege standen, vergiftet; eine Frau hatte vier bei ihr wohnhaft gewesene Personen nach und nach vergiftet — in keinem der Fälle war früher ein Verdacht aufgetreten. An einem Baume waren innerhalb 18 Tage zwei anscheinende Selbstmörder aufgehängt gefunden und anstandslos beerdigt worden; der zweifache Raubmord durch Erwürgen kam schließlich erst durch die Exhumation und das Geständnis des Täters an den Tag.

Auch in dem von Bihler (l. c.) mitgeteilten Falle war das Kindermädchen bei sechs Parteien in Stellung, alle ihr anvertrauten sechs Kinder starben; erst nach dem sechsten Falle war der Verdacht einer gewaltsamen Tötung eingetreten.

So sehen wir, daß die bei der Leichenschau noch allenfalls zur Verfügung stehenden Momente — Berücksichtigung der Krankheitserscheinungen und der Umstände des Falles — vor groben Irrtümern und Uebersehen nicht schützen.

Was nun die Obduktion anbelangt, so wird sie ja zweifellos in einer Reihe von Fällen die Todesursache einwandfrei feststellen, wenn sich nämlich eine grobanatomische traumatische oder krankhafte Veränderung an lebenswichtigen Organen findet, deren Bestand sich mit einer Fortdauer des Lebens nicht vereinen läßt. Hirnblutungen, Herz-, Aortenrupturen, ausgedehnte Pneumonien, diffuse Bauchfellentzündung usw. werden dem Obduzenten gestatten, unbedenklich die Todesursache festzustellen. Aber schon bei jenen Fällen, die schwere chronische, erfahrungsgemäß zu plötzlichem Tode disponierende krankhafte Befunde darbieten, ist Vorsicht am Platze, wie ich[1]) schon früher betont habe. Ein schwer an Arteriosklerose Erkrankter kann schließlich doch an Arsen-, Zyankalivergiftung gestorben sein; er kann sich erhängt haben und dergl.

[1]) Richter: Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik; 1905, S. 78.

Anderseits kann der Obduktionsbefund, wenn er von nicht erfahrenen Obduzenten aufgenommen wird, geradezu verhängnisvolle Irrtümer veranlassen. Ich verweise nur auf den Fall Harbaum mit seinen traurigen Konsequenzen und an die von Brouardel[1]) mitgeteilte Affäre, in der die Hyperämie des Darmes bei Kohlenoxydvergiftung für Effekt der Einführung eines reizenden Giftes gehalten wurde. — Die Forderungen, die sich aus diesen Erfahrungen ergeben, sollen weiterhin noch besprochen werden.

Endlich kommt noch die chemische, eventuell bakteriologische Untersuchung und das Tierexperiment in Betracht, Hilfsmittel, die ebenso wie die Obduktion in sachgemäßer Weise angewendet und bezüglich ihrer Ergebnisse kritisch verwertet werden müssen. Es beweist der Befund von Giftstoffen in einer Leiche natürlich noch nicht eine festgestellte Vergiftung; umgekehrt schließt das Fehlen von Giften die Möglichkeit, daß der Tod durch Vergiftung erfolgte, nicht aus. Nur durch zusammenfassende Beurteilung der Krankheitserscheinungen, der Begleitumstände, des anatomischen Befundes und des Ergebnisses der chemischen Untersuchung wird man in den meisten Fällen zu einer einwandfreien Beurteilung kommen; einzelne Fälle werden auch da noch unklar werden, das liegt an den Grenzen unseres Erkennens.

Aus dem Gesagten ergibt sich als logische Konsequenz, daß man eigentlich für fast alle Fälle vor der Feuerbestattung die Obduktion der Leiche event. mit nachfolgender Untersuchung von Leichenteilen etc. fordern müßte. In der Tat ist auch die Forderung, alle Leichen vor der Kremation zu obduzieren, von Küchenmeister[2]) und von Hellwig[3]) gestellt worden. Sie geht meines Erachtens zu weit, indem es doch einzelne Fälle (z. B. Selbstmord, Unfall vor Zeugen) gibt, in denen die Notwendigkeit einer Leichenöffnung nicht einleuchtet.

Einen mittleren Standpunkt nimmt Schulz[4]) ein, der bei Anzeichen für einen Selbstmord oder eine Verunglückung regelmäßig nicht nur eine Leichenöffnung, sondern auch eine chemische Untersuchung fordert, sonst nur bei Bedenken, auch bei leisem Zweifel. Stark[5]) fordert die gerichtliche Sektion im Falle von plötzlichem Tod, nicht völlig aufgeklärter Todesursache, bei jedem Selbstmord, sowie bei geringstem Verdacht auf Verbrechen irgendwelcher Art; seine ebenda gestellte Forderung, die Leichen vor der Einäscherung einige (z. B. 8) Tage im Leichenhause aufzubewahren, ist wohl nicht diskutabel.

Ich kann mich dem Standpunkte von Schulz und Stark nicht anschließen, einerseits (s. oben) weil es doch Fälle von

[1]) Brouardel, Descoust, Ogier: Un cas d'empoisennement par l'oxyde de carbone. Annales d'hyg. publ.; 1894, Bd. 31, S. 376.

[2]) Küchenmeister: Ueber Leichenverbrennung. Erlangen 1874.

[3]) Hellwig: l. c., S. 201.

[4]) Schulz: Die Stellung der gerichtlichen Medizin zur Frage der Feuerbestattung. Vierteljahrsschrift für ger. Medizin; 3. F., 3. Bd., 2. Suppl.-Heft.

[5]) l. c., S. 230.

Selbstmord oder Verunglückung gibt, in denen die Leichenöffnung nicht nötig ist, anderseits, weil das Auftreten von Bedenken, Zweifeln, wie die oben mitgeteilten Erfahrungen lehren, auch bei zweifelloser Tötung durch fremde Hand nicht erfolgen muß, und diese Fälle dann durch die Einäscherung für immer dem Nachweise entzogen sind. Gerade Fälle, in denen die Frage Selbstmord, Unfall gar nicht in Betracht kam, in denen verdächtige Umstände nach keiner Richtung auftauchten, gerade solche Fälle waren es, in denen die größten Schwierigkeiten entstanden.

Theoretisch haben wir also gewiß die Pflicht, die Leichenöffnung obligatorisch zu fordern in allen Fällen, jene wenigen ausgenommen, in denen die Umstände den Fall klargestellt haben. Praktisch zeigt es sich jedoch überall, daß diese Forderung nicht verwirklicht wird; sie scheitert an dem Widerstande der Krematisten und an einer gewissen Konnivenz der maßgebenden Kreise, die Rücksichten auf die Pietät der Angehörigen und auf den „Zeitgeist“ geltend machen. Die Verantwortung für die eventuellen schädlichen Folgen dieser Auffassung mögen denn auch jene Kreise tragen.

In den bayerischen Vorschriften vom 28. Dez. v. J. ist versucht worden, die nicht wegzuleugnenden Gefahren dieses inkonsequenten Entgegenkommens nach Möglichkeit einzuschränken. Es muß außer der amtlichen Sterbeurkunde der Nachweis erbracht werden, daß der Verstorbene die Feuerbestattung seiner Leiche angeordnet habe, weiter eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes oder des letzten Wohnortes darüber, daß ihr Umstände nicht bekannt sind, die den Verdacht der Herbeiführung des Todes durch eine strafbare Handlung begründen. Endlich ist eine amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache beizubringen. Für die Ausstellung dieser Bescheinigung werden in erster Linie die Landgerichtsärzte in Betracht gezogen, weil ja die ganze gegenüber der Erdbestattung eintretende Erschwerung des Verfahrens auf kriminalistischen Bedenken beruht, und es daher angezeigt erschien, gerade jene Aerzte mit der Sache zu befassen, die auf diesem Gebiete die größte Erfahrung besitzen. Ausnahmsweise können auch Bezirksärzte die Zeugnisse ausstellen.

Für die Vornahme der Leichenschau sind die Bestimmungen des „Regulativs“ maßgebend; die Leichen sollen dementsprechend in ausgekleidetem Zustande so genau besichtigt werden, wie dies gelegentlich einer gerichtlichen Obduktion bei der „äußeren Besichtigung“ geschieht.

Für das Verfahren im einzelnen wurden verschiedene Möglichkeiten in Betracht gezogen: Kann die Todesursache aus der Leichenschau im Zusammenhalte mit den Angaben des behandelnden Arztes und den Umständen des Falles sichergestellt werden, so ist — eventuell nach Erteilung der gerichtlichen oder staatsanwaltlichen Beerdigungsbewilligung — die Bescheinigung auszustellen. Ist ein behandelnder Arzt nicht vorhanden,

lehnt er die Abgabe einer Aeußerung über die Todesursache ab, oder kann der Amtsarzt aus der eigenen Besichtigung und der Aeußerung des behandelnden Arztes kein hinlänglich klares Bild darüber gewinnen, daß eine natürliche Todesursache vorliegt, so hat er die Ausstellung eines Zeugnisses zu verweigern und den Bestattungspflichtigen anheimzugeben, eine amtsärztliche Leichenöffnung zu beantragen. Diese hat er dann vorzunehmen, event. noch nötige Untersuchungen zu veranlassen. In der amtsärztlichen Bescheinigung sind die Todesursache, die Begleitumstände, die Aeußerung des behandelnden Arztes, das Ergebnis der Leichenschau und der Leichenöffnung anzugeben; es muß darin zu erkennen sein, ob eine natürliche oder gewaltsame Todesursache vorliegt; sind Anhaltspunkte für die letztere Annahme vorhanden, so muß die amtliche Beerdigungsbewilligung ausdrücklich angeführt werden.

Danach werden z. B. alle plötzlich Gestorbenen, bei denen eine Aeußerung eines behandelnden Arztes nicht vorliegt, vor der Feuerbestattung obduziert werden müssen. Im übrigen ist, weil ja eine derartige Vorsicht nicht von vornherein allen Möglichkeiten gerecht werden kann, der individuellen Beurteilung der nötige Spielraum gelassen. Die „amtliche“ Leichenöffnung ist ein Novum; der Ausdruck soll wohl nur besagen, daß die erforderliche Privatsektion von dem Amtsarzte vorzunehmen ist, wie dies auch aus dem nächsten Absatze des Punktes 1 c hervorgeht.

Demgegenüber erscheinen z. B. die preußischen Vorschriften vom Jahre 1911 in mehrfacher Beziehung nicht zweckmäßig. Schon gelegentlich der Beratungen in der Kommission des preußischen Abgeordnetenhauses kam, wie ich bereits vor Jahren erwähnt habe¹), eine Auffassung über die Bedeutung der Leichenbesichtigung zutage, die nicht gerechtfertigt erscheint. Das kommt auch in den „Vorschriften für die ärztliche Leichenschau“ zum Ausdruck, indem dort u. a. angeführt ist (§ 9 Punkt 3), der Leichenschauer solle behufs Feststellung der Todesursache, soweit dies bei der bloßen Besichtigung der Leiche möglich ist, dasjenige Organ untersuchen, das nach Angabe der Angehörigen und des behandelnden Arztes Sitz der tödlichen Krankheit gewesen ist (!). Man stelle sich nur vor, wie der Leichenschauer bei der bloßen Besichtigung der Leiche z. B. das Gehirn untersuchen soll, wenn die Angehörigen angeben, der Verlebte sei an Hirnhautentzündung gestorben, oder das Herz, wenn er angeblich an einem Herzfehler gelitten hat. Die sonstigen Angaben über äußere Merkmale einer gewaltsamen Tötung sind teils dürftig, teils sehr anfechtbar; bei Blausäurevergiftung (§ 11 P. 1) sollen die Haut, namentlich die Totenflecke hellkirschrot sein, dunkelkirschrot bei Kohlenoxydvergiftung, was gewiß nicht zutrifft. Auch die nachträglich aufgehobene Bestimmung: „Der Befund einer Vir-

¹) Richter: Ueber plötzliche Todesfälle; l. c.

ginität ist zu erwähnen", war von vornherein überflüssig. Eine obligatorische Leichenöffnung in Fällen von plötzlichem Tod oder bei der Verweigerung eines ärztlichen Zeugnisses über die Krankheitserscheinungen kennen diese Vorschriften nicht; es ist nur, wenn die Todesursache nicht aufgefunden worden ist und bei Zweifel darüber, ob ein natürlicher Tod vorliegt, die „polizeiliche" Leichenöffnung vorzunehmen, sofern auf der Feuerbestattung bestanden wird. Ob hierfür der Beschauarzt zuständig ist, geht aus der Verordnung nicht hervor. Auffällig ist auch, daß nach diesen Vorschriften der Amtsarzt zu erklären hat, daß ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, sich nicht ergeben habe (§ 13). Das ist, wie auch Wodtke[1]) anführt, nicht Sache des Arztes, der ja ein Urteil darüber, ob eine Handlung, eine Unterlassung strafbar ist, gar nicht haben kann. In den bayerischen Vorschriften ist denn auch nur von „natürlichen" oder „nicht natürlichen" Todesursachen die Rede, über die sich der Amtsarzt zu äußern hat. Auch die Bestimmungen des sächsischen Gesetzes (§ 8) und der württembergischen Verordnung (Punkt 2 Abs. 4), nach denen sich der Beschauarzt auf Grund der Besichtigung äußern soll, daß der Verdacht einer strafbaren Handlung (Sachsen), eines nicht natürlichen Todes (Württemberg) ausgeschlossen sei, sind von fraglichem Werte; das kann ein Arzt auf Grund der äußeren Besichtigung nur in den seltensten Fällen tun; für die Entscheidung über die Strafbarkeit einer Handlung ist er, wie oben gesagt, nicht zuständig.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die bayerischen Vorschriften, wenn sie auch nicht allen Forderungen der gerichtlichen Medizin gerecht werden, doch wohl — bei gewissenhafter Durchführung — hinreichen werden, um gröbere Versehen hintanzuhalten. Sie stellen ein Kompromiß dar, wie es ja auch z. B. bezüglich vieler Forderungen der Hygiene geschlossen werden muß aus Rücksichten, die außerhalb der ärztlichen Wissenschaft liegen. Man muß doch bedenken, daß außer den ärztlichen Momenten noch andere Kautelen geschaffen sind: die Feuerbestattung ist nur fakultativ, sie muß vom Verstorbenen angeordnet worden sein, eine Bescheinigung einer Polizeibehörde oder einer Gerichtsstelle muß das Fehlen von Verdachtsmomenten bestätigen. Wenn dann trotzdem nachträglich manchmal eine Exhumation zur Klärung des Falles wünschenswert sein sollte — und solche Fälle werden gewiß vorkommen — so teilt die Feuerbestattung den Nachteil, daß sie das Beweisobjekt zerstört hat, mit der Erdbestattung; auch diese zerstört ja den Leichnam in einem kürzeren oder längeren Zeitraume soweit, daß irgendwelche zweckdienliche Feststellungen nicht mehr gemacht werden können. Man wird sonach

---

[1]) Wodtke: Die Feuerbestattung. Medizinalarchiv für das Deutsche Reich; 1911, S. 481.

wohl mit E. v. Hofmann[1]) der Ansicht sein können, daß Fälle, in denen trotz aller Vorsicht manches der rechtzeitigen Beobachtung und Konstatierung entgeht, zu den Ausnahmen gehören werden, die bei konsequenter und rationeller Handhabung der Vorschriften auf ein Minimum zu reduzieren sind.

(Allseitiger Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

Reg.- und Med.-Rat Dr. **Burgl**-Regensburg: Ich stimme dem Herrn Vorredner vollständig bei, wenn er sagt, daß die juristischen Gründe, die gegen die Leichenverbrennung ins Feld geführt werden, nicht allzu schwerwiegend sind. Dagegen kann ich ihm nicht beipflichten in betreff der Wertschätzung, die er der äußeren Besichtigung der Leiche beilegt. Ich glaube, daß wir diese höher einschätzen müssen, vorausgesetzt, daß der Amtsarzt, der sie vornimmt, über Erfahrung verfügt. Jeder Arzt, der viele Leichenschauen gemacht und viele Sektionen vorgenommen hat, weiß, daß aus der äußeren Besichtigung der Leiche, wenn sie so eingehend vorgenommen wird, wie bei den gerichtlichen Obduktionen, sehr viel entnommen werden kann. Stellt man dazu gewissenhafte Erhebungen an über die Krankheitssymptome und alle wichtigeren sonstigen Umstände, die dem Tode vorgegangen sind, so halte ich es — abgesehen von ganz seltenen, besonders raffinierten Giftmorden, namentlich durch chronische Einverleibung von Gift, die auch bei der Erdbestattung nicht ans Tageslicht kommen —, nahezu für ausgeschlossen, daß Spuren eines Verbrechens nicht zu erkennen sind. Nehmen wir z. B. an, daß ein wohlhabender Mann, der testamentarisch die Verbrennung seiner Leiche angeordnet hat, tot in seinem Schlafzimmer gefunden wird. Da man nicht weiß, woran er gestorben ist, ist der Fall nicht aufgeklärt; es muß deshalb die Sektion vorgenommen werden, bei der ein allenfalls vorliegendes Verbrechen an den Tag kommen würde. Ein anderer Fall: Ein Arzt wird zu einem plötzlich schwer erkrankten Patienten gerufen, kann aber keine Diagnose stellen. Stirbt der Patient, so wird, wenn er die Verbrennung seiner Leiche testamentarisch angeordnet hat, diese ohne vorhergehende Sektion nicht vorgenommen werden dürfen, da die Todesursache nicht festgestellt ist. Das gleiche muß geschehen in allen Fällen, in denen irgendwie verdächtige oder auffallende Dinge dem Tode vorangegangen sind und weder die Krankheit noch die Todesursache in einwandfreier Weise feststeht. Bei einer in verbrecherischer Weise vorgenommenen Vergiftung werden außerdem immer auffallende, unter dem Bilde der alltäglichen Krankheiten nicht unterzubringende Symptome vorhanden sein, die dem Arzte Veranlassung geben werden, die Sektion zu beantragen oder vorzunehmen. Sobald nur der geringste Zweifel über die Todesursache besteht oder sonst nicht alles klappt und aufgeklärt ist, darf die Erlaubnis zur Einäscherung der Leiche eben nicht eher erteilt werden, als die Sektion vorgenommen ist. Ich kann mir nicht vorstellen, daß hier so leicht Verbrechen übersehen werden können, und glaube sogar, daß durch die aus Anlaß der Feuerbestattung vorgenommene äußere Besichtigung der Leiche und die dabei erfolgten Erhebungen manche Verbrechen entdeckt werden, die bei der Erdbestattung und der ihr vorangehenden mehr weniger oberflächlichen Leichenschau nicht entdeckt worden wären. Es gilt dies namentlich in bezug auf Verbrechen mit äußerer Gewaltanwendung (Drosselspuren, Würgspuren usw.). Abgesehen von den Fällen von äußerer Gewaltanwendung können bei der äußeren Besichtigung auch sonst mannigfache Spuren entdeckt werden, die uns auf die Möglichkeit hinweisen, es könnte hier ein gewaltsamer Tod durch Vergiftung vorliegen.

M. H.! Sie wissen alle, daß bei Vergiftung durch Mineralsäuren oder ätzende Alkalien, wenn z. B. einem Schwerkranken, der Mineralwasser zu trinken verlangt, statt dessen in verbrecherischer Absicht konzentrierte Schwefelsäure, Karbolsäurelösung usw. gereicht wird, der Betreffende infolge des widerlichen Geschmackes, des brennenden Schmerzes, wodurch er zum Ausspucken veranlaßt

[1]) E. v. Hofmann: Zur Frage der Feuerbestattung. Wiener Klin. Wochenschrift; 1898, S. 159.

wird, oder infolge von Würgbewegung oder Erbrechen Aetzstreifen an den Lippen, am Kinn, am Halse aufweisen wird, was uns auf den Gedanken bringen muß, es könnte eine Vergiftung mit einem ätzenden Gift vorliegen. Auch an der Zunge der Leiche werden wir, wenn wir deren Mund öffnen, Verätzungen vorfinden. Bei der genauen Betrachtung des Mundes und der Rachenhöhle, die in solchen Fällen immer vorgenommen werden soll, kann uns auch für allenfallsige Vergiftungen der Geruch, welcher der Mundhöhle entströmt, wertvolle Anhaltspunkte geben. Es ist mir ein Fall bekannt, bei dem man lediglich durch Vergiftungsspuren an den Lippen und durch den Karbolgeruch, der dem Munde entströmte, darauf aufmerksam wurde, daß eine Karbolsäure-Vergiftung vorliegen könne, was sich auch als richtig herausstellte. Auch auf den Genuß von Lysol- oder von Bittermandelöl oder Bittermandelwasser kann man durch den dem Munde entströmenden Geruch aufmerksam werden. Ebenso kann uns die eigentümliche Färbung der Totenflecke und der Haut in manchen Fällen auf die Möglichkeit des Vorliegens von Vergiftungen hinweisen, so z. B. die auffallend hellrote Farbe der Totenflecke auf die Möglichkeit des Vorliegens einer Kohlendunst- oder Leuchtgas-Vergiftung oder auch von Cyankaliumvergiftung, die auffallend ikterische Färbung der Haut auf Phosphorvergiftung. Eine besondere intensive und auffallend lange Persistenz der Totenstarre, vergesellschaftet mit auffallender Einwärtsdrehung der Fußsohlen, wird den Gedanken an das mögliche Vorliegen einer Strychninvergiftung wachrufen und uns zur Sektion veranlassen usw.

Wir können aus dem Gesagten entnehmen, daß eine eingehende und gewissenhafte äußere Besichtigung jeder Leiche, die den ganzen Körper betrifft und auch die Körperöffnungen nicht unberücksichtigt läßt, uns manche wertvolle Fingerzeige bei allenfallsigen Todesfällen durch Vergiftung geben kann. Wenn wir dann diesen Befund zusammenhalten mit glaubwürdigen Angaben über die Todesursache, die dem Tode vorangegangenen Krankheitserscheinungen und sonstigen Umständen, und wenn die Angaben sich mit der ärztlichen Erfahrung decken, wenn alles stimmt und nichts Auffallendes und Unerklärliches vorliegt, so kann man sich nicht leicht vorstellen, daß eine gewaltsame Todesart, Vergiftung mitinbegriffen, übersehen werden sollte. Wenn so vorgegangen wird, wie ich es geschildert habe und wie jeder gewissenhafte Amtsarzt es machen wird, dann ist eine weitgehende Garantie dafür geboten, daß die Spuren eines Verbrechens nicht unentdeckt bleiben. Ist die Todesursache nicht einwandfrei festgestellt oder war ein Arzt nicht bei der letzten Krankheit zugezogen oder sind verdächtige, auffallende oder unerklärliche Dinge vorhanden, so muß zur Sektion geschritten werden, welche die notwendige Aufklärung geben wird.

Einzelne, besonders raffiniert durchgeführte Giftmorde werden, wenn nicht der Zufall eine Rolle spielt, immer unentdeckt bleiben. Solche Fälle bleiben aber auch bei der Erdbestattung unentdeckt und spielen wegen ihrer großen Seltenheit keine Rolle. Dazu kommt, daß, wie jeder erfahrene Gerichtsarzt weiß, der Nachweis von Giften in längere Zeit nach dem Tode exhumierten Leichen doch recht selten gelingt. Med-Rat Dr. Küchenmeister sagt: „Man soll das Werk der Kriminaljustiz nicht stören, aber man soll auch wegen eines so problematischen und beschränkten Interesses willen auf die Leichenbrennung nicht verzichten.“

Prof. Dr. **Merkel**-Erlangen: M. H.! Gestatten Sie auch mir einige Bemerkungen zu dem eben Gehörten. Wir können Herrn Kollegen Richter nur äußerst dankbar sein für seine klaren Ausführungen, die durch die praktischen Beispiele aus seiner reichen Erfahrung so besonders interessant für uns alle waren; er hat uns in großen Zügen dargetan, wie sich der Amtsarzt bei der zweifellos sehr schwierigen Frage in den einzelnen Fällen zu verhalten habe. Nur ganz kurz — die Zeit ist leider schon weit vorgeschritten — möchte ich dazu noch folgendes bemerken: Der Herr Vortragende sprach davon, daß unsere bayerischen Vorschriften von den Anhängern der Leichenverbrennung nicht mit Recht als eine starke und unnötige Erschwerung empfunden würden. Ich stehe natürlich als Vertreter der gerichtlichen Medizin auch auf dem Standpunkt, daß im Interesse der Rechtssicherheit alles geschehen muß, um den gerichtlich-medizinischen Bedenken gegenüber der Leichenverbrennung möglichst und in jedem einzelnen Fall Rechnung zu tragen, was aber Herr Koll. Richter über den Nachweis von Giftresten in der Asche uns sagte, steht doch m. E. in

gewissem Widerspruch mit den erlassenen oberpolizeilichen Vorschriften! Nach diesen letzteren muß ja die Leiche in besonderer Weise eingesargt sein — nur in weichem Holz, der Sarg darf nicht mit Metall verziert, nicht einmal verschraubt oder vernagelt und nicht mit blei- etc. haltigen Farben angestrichen sein; — dann ist aber doch dieses Prinzip wieder durchbrochen, indem auch ein Zinksarg gestattet ist! Es ist das eine Konzession, die man offenbar im Interesse der Leichentransportbestimmung für nötig hielt, allein das Zink ist bekanntlich stets arsenhaltig, so daß also doch Arsen auf und in die Kochenreste kommen könnte! Weiter heißt es, die Leiche selbst darf nur mit einem Hemd von naturfarbigem Stoff bekleidet, die Leichenkissen nur mit solchem Stoff überzogen sein. — „Was sind naturfarbige Kleider und Stoffe, wo und wie beschafft man sich diese rasch?" So fragen sich die Leute. Das sind zweifellos Erschwerungen, und wurden als solche schon mehrfach beklagt. Wenn wir vorhin gehört haben, daß in den Aschenresten nichts mehr nachzuweisen ist, insbesondere kein Gift mehr, dessen Vorhandensein überhaupt nur einen sicheren Schluß gestattete — gerade die Münchener Untersuchungen von Mayer und Hurt haben das ja nachgewiesen —, wozu, frage ich, sind dann die genannten Vorschriften erlassen? Mit dem einzigen Gift, das man überhaupt noch in den Aschenresten nachweisen kann, dem Arsen, kann man ja doch nichts anfangen — also wozu braucht man diese oft schwer auszuführenden Vorschriften, die tatsächlich dann nur eine Erschwerung der Feuerbestattung bedeuten? Dies, m. H., darf und soll auch an dieser Stelle von den bayerischen Medizinalbeamten bei der Diskussion der Feuerbestattungsfrage ausgesprochen werden; es soll gesagt werden, daß solche Erschwerungen nicht wünschenswert sind; wer sich verbrennen lassen will, dem soll es ermöglicht werden, ohne ihm unnötig diffizile, ja, rigorose Vorschriften zu machen! Das wäre der erste Punkt, den ich berühren wollte.

Dann möchte ich mich auch noch kurz zur Frage der Leichenschau äußern: Zum Teil stimme ich hierin gewiß Herrn Reg.- und Med.-Rat Dr. Burgl bei. Allein man muß trennen: Leichenschau und Leichenschau ist nicht das gleiche! Die gewöhnliche Leichenschau ist nicht derart, daß wir in Rücksicht auf die Rechtssicherheit uns mit ihr in Fällen, wo eine Leichenverbrennung beabsichtigt ist, begnügen könnten. In der Beurteilung dieser gewöhnlichen Leichenschau bin ich nach den Erfahrungen, die ich am Seziertisch gemacht habe, recht skeptisch und stimme darin dem Vortragenden vollständig bei; ich halte vom forensischen Standpunkt aus diese oberflächlichen Feststellungen von Todesursachen oft für einen Unfug — verzeihen Sie dieses harte Wort! In unklaren plötzlichen Todesfällen, wo jetzt oft Gehirnschlag, Lungen- oder Herzlähmung etc. angegeben wird, müßte eben doch eigentlich festgestellt werden, woran der Betreffende wirklich gestorben ist; der Arzt vergibt sich doch nichts, wenn er sagt, daß er aus der Besichtigung der Leiche die Todesart und -ursache nicht feststellen kann, und dann die Vornahme einer Sektion vorschlägt! Wie widersprechend sind doch oft die Angaben der nächsten Umgebung über solch plötzliche Todesfälle; darauf ein Urteil über die Todesursache aufzubauen, halte ich nicht immer für richtig; vielleicht könnte man hier in praxi bei der Leichenschau noch etwas weniger weitherzig und etwas vorsichtiger sein!

Was nun aber die amtsärztliche Leichenschau betrifft, wie sie nach den bayerischen Vorschriften über die Leichenverbrennung verlangt wird, so ist das zweifellos eine ganz andere Sache! In den Vollzugsbestimmungen ist festgelegt, daß bei dieser Leichenschau die Grundsätze des gerichtsärztlichen Regulativs gelten müssen, die ja uns allen bekannt sind, und denen zufolge der ganze Befund von Schritt zu Schritt aufs sorgfältigste erhoben werden muß. Wer also in die Lage kommt, vor einer beabsichtigten Leichenverbrennung die angeordnete amtsärztliche Leichenschau vorzunehmen, wird und muß sie ausführen ebenso wie bei der äußeren Besichtigung gelegentlich einer gerichtlichen Sektion; aber, m. H.. wie ist es bei einer solchen? Da haben wir die entkleidete Leiche vor uns auf einem Seziertisch oder sonst wo auf einem Tisch etc. liegend, zugänglich zur Besichtigung und Untersuchung von allen Seiten; stets ist dann noch Hilfspersonal da, um die Leiche zu drehen, zu halten etc.; kurz, wir können da eine richtige Leichenschau ausführen. M. H.! Das lasse ich mir gefallen, da kann sich mehr ergeben

als bei einer gewöhnlichen Leichenschau! Da wir aber bei einer zur Verbrennung bestimmten Leiche auf alle späteren Feststellungen zu verzichten haben, so muß uns Gelegenheit gegeben sein, eine Leiche vor der Verbrennung so eingehend wie möglich zu untersuchen; wir müssen jedenfalls die Möglichkeit haben, nicht unter der Aufsicht der Angehörigen, sondern allein und mit Hilfe von Assistenz die Besichtigung vorzunehmen genau nach den Vorschriften, wie sie eben im Regulativ niedergelegt sind. Da frage ich mich doch: Können wir das im Privathaus machen? Gewiß nicht — und darin liegt eben eine große Schwierigkeit!

Ja, m. H., was gebe ich auf eine Leichenschau, wie sie uns einmal vor Jahren (bei der Diskussion dieser Frage in Karlsruhe) von einem beamteten Arzt geschildert wurde, wo der betreffende Herr im letzten Augenblick vor der Bestattungsfeierlichkeit gerufen wurde, wenn der Katafalk von Blumen umgeben aufgebaut ist, der Verstorbene mit Frack und Orden angetan im Sarge liegt, während das Trauergefolge wartet u. s. f.; da kann man freilich von einer gewissenhaften Leichenschau nicht mehr reden! So etwas darf und wird eben nicht vorkommen! Der Amtsarzt muß rechtzeitig verständigt sein, und die Leiche muß wirklich genau untersucht werden können. In einem Fall wie dem obigen darf eben der Amtsarzt — es handelt sich ja in erster Linie um den zuständigen Landgerichtsarzt — nur sagen: „So kann ich die vorgeschriebene Leichenschau nicht vornehmen, das verlangte Zeugnis kann ich nicht ausstellen.“ Wir haben nur dann eine Garantie, daß nichts, was wirklich mit den Sinnen äußerlich feststellbar ist, übersehen wird, wenn die Leichenschau auf die im Regulativ bestimmte Weise erfolgt; daß dies aber im Privathause kaum jemals möglich sein wird, ist meine feste Ueberzeugung. Dazu ist es notwendig, daß die Leiche ins Leichenhaus gebracht und dort besichtigt wird, oder es muß die Leiche, falls ein solches fehlt, mit dem amtsärztlichen Leichenpaß versehen erst am Ort des Krematoriums vom zuständigen Landgerichtsarzt, aber auch in dieser eingehenden Weise besichtigt werden. Wenn wir von diesem Gesichtspunkt ausgehen, dann schützen wir die Angehörigen vor übler Nachrede und tun das denkbar Möglichste zur Schaffung der nötigen Rechtssicherheit. Wenn ich darin somit den Ausführungen des Herrn Reg.- u. Med.-Rats Dr. Burgl beistimme, so muß ich anderseits doch auch sagen, daß Herr Kollege Richter mit der Hervorhebung der technischen Schwierigkeiten bei der auf die äußere Besichtigung beschränkten Leichenuntersuchung Recht hat. Sie können z. B., so lange die Totenstarre besteht, die Mundhöhle niemals besichtigen; später aber, nach Lösung der Totenstarre, sehen wir den vorderen Teil der Mundhöhle, die Zunge und einen kleinen Teil des Gaumens, sonst nichts. Was weiter den Geruch bei gewissen Vergiftungen anbetrifft, so erinnere ich Sie nur an den Fall der Grete Beier, die ihren Bräutigam zuerst mit Zyankalium vergiftet und dann noch durch einen Mundschuß erschossen hatte. Trotz der Besichtigung durch zwei Amtsärzte blieb die Zyankaliumvergiftung unentdeckt und wurde nur infolge der näheren Begleitumstände Selbstmord durch Erschießen angenommen, so daß die Leiche zur Verbrennung freigegeben und auch wirklich eingeäschert wurde; erst später gelegentlich eines Abtreibungsdelikts kam die Sache durch die Unvorsichtigkeit der Mörderin ans Tageslicht. Solche Fälle — sie mögen ja selten genug sein — könnten uns doch veranlassen, wenigstens in allen Fällen von gewaltsamem Tod vor der Verbrennung der Leiche die Sektion zu verlangen, da eben doch auch eine eingehende amtsärztliche Leichenschau den Tatbestand mitunter nicht völlig aufklären kann. Damit käme ich auf die Frage der Sektionen. M. H.! Ich verstehe nicht, warum sich die Anhänger der Leichenverbrennung so sehr gegen die Sektionen wehren; würden Sie zugeben, daß jede Verbrennungsleiche seziert werden kann, so nähmen sie den Gegnern der Feuerbestattung eine der schwersten Waffen aus der Hand; die geringen Kosten können doch keine Rolle bei dieser Frage spielen! Zumal, was die Fälle von plötzlichen oder erwiesenermaßen gewaltsamen Tod betrifft, so ist die wirkliche Todesursache auch hier nicht immer so ohne weiteres sicher festzustellen; das sehen Sie beispielsweise aus dem kürzlich in der Presse gemeldeten Fall von der Auffindung einer Wasserleiche (Kellermeisterstochter) im Main. Es schien zunächst ein ganz klarer Fall von Ertrinkungstod, dann hat man doch noch Verdacht geschöpft und seziert, wobei eine Arsenvergiftung festgestellt wurde. Solche Beispiele

zeigen, wie schwierig unter Umständen die Beurteilung sein kann. M. E. sollte man in allen Fällen von gewaltsamen Tod die Sektion vornehmen, wenn man nicht überhaupt für alle zur Verbrennung bestimmten Leichen die Leichenöffnung verlangen will; ich meine, wer seinen Leichnam verbrennen lassen will, kann es sich auch gefallen lassen, daß er vorher seziert wird! Es ist undiplomatisch von den Anhängern der Leichenverbrennung, sich dagegen zu wehren!

Nun zum Schluß noch einen Punkt: In unseren bayerischen Vorschriften besteht insofern eine Lücke, als es möglich ist, sie einfach dadurch zu umgehen, daß man die Leichen — wenn der Kostenpunkt keine Rolle spielt — mit dem einfachen bezirksärztlichen Leichenpaß versehen in Krematorien außer Bayerns bringt, wo die Bestimmungen zum Teil bedeutend weniger rigoros sind. Daß dies gerade in letzterer Zeit häufig geschieht, wissen wir alle; deshalb wollen wir an dieser Stelle entschieden dagegen protestieren, nicht nur im Interesse unserer einheimischen Krematorien, sondern ganz besonders wegen der Wahrung der Rechtssicherheit in Bayern und wegen der Gleichheit Aller vor den Gesetzen! Es müßten Bestimmungen getroffen werden, daß entweder jede Leiche, die außer Bayerns zur Verbrennung kommt, einfach seziert werden muß, wie es in Oesterreich geschieht, oder aber man könnte festsetzen, daß alle Leichen, die außer Bayerns kommen, wenigstens genau nach den Vorschriften behandelt werden müssen, wie sie für die in Bayern selbst einzuäschernden Leichen in Anwendung kommen müssen; das ist nur recht und billig!

Das, m. H., sind die Punkte, auf die ich noch nach den Ausführungen des Herrn Vortragenden aufmerksam machen wollte!

Med.-Rat Dr. **Alafberg,** Bezirksarzt in Ludwigshafen a. Rh.: Ich habe die meisten Leichen, die aus der Pfalz zur Feuerbestattung nach Baden (Mannhein und Heidelberg) kommen, zu begutachten. In fast allen Fällen kann ich mich auf den bestimmten und zuverlässigen Krankheitsbericht des behandelnden Arztes stützen. Daneben wird auch noch eine sorgfältige Leichenschau in der großen, modern eingerichteten Leichenhalle vorgenommen. Besteht nach irgend einer Richtung das geringste Bedenken, so wird die Leichenöffnung verlangt, die bis jetzt auch immer bewilligt wurde. Erst dann wird das vorgeschriebene amtsärztliche Gutachten abgegeben, daß die Ursache des Todes in einwandfreier Weise festgestellt und der Verdacht einer strafbaren Handlung ausgeschlossen ist.

Vorsitzender: Es hat sich niemand mehr zum Worte gemeldet, ich erteile deshalb Herrn Prof. Richter das Schlußwort.

Prof. Dr. **Richter** (Schlußwort): Gegenüber den Bemerkungen des Reg.- u. Med.-Rats Dr. Burgl möchte ich daran festhalten, daß die bloße äußere Besichtigung so gut wie wertlos ist. Ich verweise nochmals auf die von mir gebrachten Fälle, speziell auch auf die von Bihler berichteten, in denen die Kinder anstandslos beerdigt wurden, obzwar sie von der Beschuldigten durch Einbohren einer Hutnadel in den Kopf getötet worden waren. Wie soll ein Leichenschauer die kleine Einstichöffnung in der behaarten Kopfhaut erkennen? Wenn man Tausende von Sektionen gemacht hat und den äußeren Befund mit dem inneren vergleicht, so kommt man zu dem Schlusse, daß der äußere nur ganz ausnahmsweise eine Vermutung über die Todesursache zuläßt. Selbst Leute, die sich einbilden, für Zyan besonders empfindliche Riechorgane zu besitzen, haben Zyanvergiftungen mit sehr ausgesprochenem inneren Befund bei der äußeren Besichtigung nicht erkannt. In einem Falle hat ein Mann, der seinen außerehelichen 8 Monate alten Sohn in der Nacht durch Anschlagen des Schädels getötet hatte, nach der Verurteilung gestanden, daß er dem Kinde vorher seine Kravattennadel mehrmals in den Kopf gestoßen habe; wir haben weder bei der Besichtigung, noch bei der Sektion, noch nachträglich an dem mazerierten Schädel etwas gesehen; merkwürdige intermeningeale Blutungen entlang einer Mantelkante hatten wir faute de mieux auf die stumpfe Gewalteinwirkung bezogen.

Die in den Vorschriften (auch in den preußischen) enthaltene Bestimmung, daß die Leichen nur in naturfarbenen Leinen- oder Baumwollkleidern

verbrannt werden dürfen, ist nach dem, was ich über den Giftnachweis in Aschenresten gesagt habe, gewiß überflüssig.

Die Besichtigung hat nach den Vorschriften des „Regulativs“ zu geschehen, das ist in Punkt 1 der Anweisung ausdrücklich gesagt; sie muß also an der unbekleideten Leiche vorgenommen werden. Steht dazu ein heller, geräumiger Obduktionsraum zur Verfügung, wie es H. Med.-Rat Dr. Alafberg erwähnte, dann ist es um so besser. H. Prof. Dr. Merkel hat auch den Fall der Grete Beier angeführt; nun, das ist ein Unicum, der Fall wäre auch durch eine Obduktion nicht als Mord erkannt worden. Die Beier soll bekanntlich — man hat dafür nur ihr Geständnis — ihren Bräutigam mit Zyankali vergiftet und ihm dann, als er nicht gleich tot war, noch eine Kugel vom Munde aus in den Kopf gejagt haben. Abschiedsbriefe und ein Testament zu ihrem Gunsten hatte sie gefälscht. Gesetzt den Fall, es wäre eine Obdukdution gemacht und außer der ohnedieß schon nach der Beschau angenommenen Schußverletzung die Zyankalivergiftung festgestellt worden, so hätte man gerade ans dieser Kombination auf Selbstmord geschlossen; daß der Verlebte nach Einnehmen des Zyankalis sich noch eine Kugel durch den Kopf schießen konnte, hätte man ja gewiß zugeben müssen; auf den Gedanken eines so raffiniert angelegten Verbrechens wäre niemand gekommen.

Vorsitzender: Ehe wir zum letzten Punkt unserer Tagesordnung übergehen, möchte ich Herrn Prof. Richter den aufrichtigsten Dank des Vereins für die Uebernahme des aktuellen Vortrags zum Ausdruck bringen. Durch die Inbetriebsetzung von Krematorien in Bayern werden die Begutachtungen von Verbrennungsleichen von Jahr zu Jahr häufiger werden. Herr Prof. Richter hat es verstanden, in gedrängter Kürze uns wertvolle Richtlinien für unsere Tätigkeit zu geben. Hierfür sind wir ihm zu großem Dank verpflichtet.

IV. Ueber neuzeitige Kläranlagen für Schmutzwässer.[1])

Med.-Rat Dr. **Spaet,** kgl. Bezirksarzt in Fürth: M. H.! Seitens des Herrn Landesvorsitzenden ist an mich die Einladung ergangen, auf der heutigen Versammlung Ihnen einen zusammenfassenden Bericht „Ueber neuzeitige Kläranlagen für Schmutzwässer“ zu erstatten. Ich gestehe, daß ich nicht ganz ohne Bedenken der an sich zwar ehrenden Aufforderung Folge geleistet habe, da ja dieser Gegenstand bei den Fortbildungskursen für die Bezirksärzte ohnedies alljährlich von weit berufenerer Seite behandelt wird, so daß ich nicht sicher bin, ob ich mit dem, was ich Ihnen zu bieten vermag, auch Anspruch auf Ihre Aufmerksamkeit machen kann.

Um nun nicht von vornherein mich der Gefahr auszusetzen, Sie durch bloße Wiederholung dessen, was Ihnen allen bereits vom Hygiene-Unterricht und den eben erwähnten Fortbildungskursen wohl bekannt ist, zu sehr zu ermüden, schien es mir angezeigt, den Gegenstand hauptsächlich vom Stand-

---

[1]) Auf der Versammluug wegen vorgeschrittener Zeit nur auszugsweise vorgetragen. — Zum besseren Verständnis waren beim Vortrage Modelle der verschiedenen Klärsysteme aufgestellt.

punkte der praktischen Hygiene, deren Vertreter doch der Amtsarzt in erster Linie ist, zu erörtern. Ich werde also vor allem neben der hygienischen auch die wirtschaftliche und, soweit erforderlich, z. T. auch die technische Seite der Frage berühren, da gerade diese beiden Gesichtspunkte in der Abwasserfrage eine ganz hervorragende Rolle spielen.

Zu einer Zeit, als die Hygiene auf die Vorgänge im kommunalen Leben noch wenig oder gar keinen Einfluß hatte, wurde diese Frage überhaupt ausschließlich vom Standpunkte der Wirtschaftlichkeit oder gar von dem der Bequemlichkeit behandelt. Das ganze Bestreben ging früher, wenn ich hier die Entwicklung der Abwasserbehandlung kurz streifen darf, dahin, die Beseitigung der Abwässer möglichst zu erleichtern, sei es, daß man den wässerigen Inhalt der Fäkaliengruben, den man für wertlos hielt, in den Boden versickern oder durch einen Ueberlauf aus der Grube einfach wegfließen ließ.

Als dann im Laufe der Zeit den Forderungen der modernen Hygiene entsprechend behördlicherseits eine derartige Abwasserbehandlung als unzulässig verboten wurde, die ungewöhnlich rasche Entwicklung der Städte in ihrer baulichen Ausdehnung aber die Abfuhr der Fäkalien zu landwirtschaftlichen Zwecken — namentlich bei der starken Vermehrung der Abwassermengen infolge Einführung der Wasserklosetts — außerordentlich erschwerte — in Fürth ist man bereits zum Automobilbetrieb übergegangen — und als die durch die Wasserspülung bedingte Verdünnung der Fäkalien deren Dungwert wesentlich verringerte, so daß der Transport auf entfernter gelegenes landwirtschaftlich betriebenes Gelände sich nicht mehr rentierlich erwies, mußte auf andere Abhilfe gesonnen werden.

Dies führte in größeren Städten zur Fortschwemmung der Abwässer in systematisch angelegten geschlossenen Kanälen, zur sogen. Schwemmkanalisation. Damit war zweifellos in der Assanierung der Städte ein wesentlicher Schritt vorwärts getan und da, wo ein geeigneter Flußlauf als Vorfluter vorhanden war, der die Einleitung solcher Schmutzwässer aus eigener Kraft wirklich zu ertragen vermochte, war die Abwassrfrage auf eine wenn auch nicht gerade billige Art, — den Städten fielen ja immerhin die Kosten der Kanalisation zur Last — so doch auf eine im Betriebe einfache und finanziell auch noch erträgliche Weise gelöst.

Dort aber, wo ein solcher Vorfluter nicht zur Verfügung stand und auch die mehrfach geübte Aufleitung der Abwässer auf Rieselfelder zur landwirtschaftlichen Ausnützung sich nicht gut ermöglichte, dort hat man bei Einführung der Schwemmkanalisation zwar eine Assanierung der Stadt erreicht, der Sorge um Unterbringung der Schmutzwässer war man damit aber noch keineswegs enthoben. Man war vielmehr vor die Aufgabe gestellt, die Abwässer nunmehr außerhalb der Stadt aufzufangen, an Stelle der einzelnen Abortgruben eine zentrale

Grube anzulegen, und zu sehen, wie von dort aus deren Inhalt weiter versorgt werden sollte.

Es ist klar, daß die Gesamtabwassermenge einer Stadt sich nicht in zentralen Gruben ansammeln und aufbewahren läßt, um dann von Zeit zu Zeit von dort, vielleicht zur landwirtschaftlichen Benützung, abgefahren zu werden, sondern daß Vorkehrungen zu treffen waren, die es gestatteten, unter Ausscheidung eines größeren oder geringeren Teils der festen Bestandteile die überschüssigen Wassermengen möglichst bald aus den Gruben weiter zu leiten und dem nächst gelegenen Flußlauf ohne Schaden überantworten zu können.

Diese Verhältnisse drängten zur Errichtung von Kläranlagen.

Damit war der Technik ein weites Feld der Tätigkeit eröffnet. Wenn ich zurückblicke auf die Zeit, in der ich zum erstenmal — noch als praktischer Arzt — einen Bericht über den Stand der Abwasserfrage übernommen hatte — es war im Jahre 1898 im ärztlichen Bezirksverein zu Ansbach gelegentlich der Errichtung einer Kläranlage bei dem dortigen Krankenhaus —, so zeigt sich, daß die Abwasserbehandlung im einzelnen mancherlei Wandlungen durchgemacht hat; im Prinzip haben wir aber immer noch die drei Methoden der Abwasserreinigung in Kläranlagen, nämlich die mechanische, die chemische und die biologische.

Die Vorgänge der Abwasserreinigung auf **mechanischem** Wege sind bekannt, es handelt sich dabei um die Herausholung der im Abwasser enthaltenen ungelösten Stoffe, sei es durch besondere Vorrichtungen, oder durch selbsttätige Ausscheidung der im Abwasser suspendierten Bestandteile.

Zu diesen besonderen Vorrichtungen gehören die sogen. Rechen-, Gitter- und Siebanlagen.

Der Reinigungseffekt der Rechen- und Siebanlagen hängt naturgemäß von der Weite ihrer Durchtrittsöffnungen ab, die in der Regel von 15 mm bei Grobrechen bis herab zu 2 mm bei Feinrechen sich bewegen. Dabei hat die Erfahrung gelehrt, daß unter einen Rechenabstand oder unter eine Schlitzöffnung bei Siebanlagen von 3 mm nicht heruntergegangen werden kann, da sonst die Abstände oder Schlitze sich vollständig verlegen und dadurch ein Rückstau des Abwassers verursacht wird.

Mit Rechen und Siebanlagen können demnach ungelöste Schmutzteile unter 3 mm Größe niemals abgefangen werden; es besteht bei Anwendung dieser Vorrichtungen außerdem die Gefahr, daß ein Teil der ungelösten Stoffe, z. B. Faeces, durch die Siebvorrichtung hindurchgedrückt, also nicht abgefangen, sondern nur zerkleinert wird.

Obwohl nun Rechen- und Siebanlagen nur einen sehr geringen Teil der im Abwasser enthaltenen suspendierten Stoffe etwa bis zu 10 % ihrer Gesamtmenge zurückzuhalten vermögen,

so spielen sie trotzdem bei der Abwasserreinigung eine sehr beachtenswerte Rolle, da sie teils zur Entlastung der verschiedenen Kläranlagen diesen vielfach vorgelagert werden, teils sogar als selbständige Kläranlagen in Verwendung kommen, nämlich da, wo ein Vorfluter zur Verfügung steht, bei dem es genügt, wenn das Abwasser von den grobsinnlich wahrnehmbaren Stoffen befreit wird, also nur eine den ästhetischen Anforderungen entsprechende Reinigung notwendig ist.

Mit Rücksicht auf die Bedeutung dieser Einrichtung hat denn auch die Technik eine ganz besondere Aufmerksamkeit auf eine immer vollkommenere Ausgestaltung der Rechen- und Siebanlagen verwendet. Es wurde dabei Bedacht darauf genommen, daß ein möglichst hoher Grad des Reinigungserfolges erreicht, anderseits aber auch die Entfernung der auf den Apparaten sich ansammelnden Schmutzteile erleichtert wird. Früher geschah die Entfernung dieser Schmutzstoffe in der Regel durch Hand, nunmehr sind aber die Siebanlagen und ein großer Teil der Rechenanlagen mit Vorrichtungen zu maschineller Entfernung der abgefangenen Schmutzstoffe versehen.

Die verbreitesten Einrichtungen in Deutschland sind jetzt die vom Ingenieur Hermann Riensch. Er hat in einer Reihe von Städten derartige Abfangvorrichtungen entworfen und vor allem Siebvorrichtungen hergestellt, unter denen die Riensche Separatorscheibe wohl die bekannteste ist. Die Rienschen Aparate werden z. Zt. von der Firma Wurl in Weißensee-Berlin konstruiert.

Von anderen Vorrichtungen will ich nur kurz hinweisen auf den Flügelrechen, entworfen vom Wiesbadener Klärmeister Schneppendahl, die Geigersche Siebschaufel, die Lathamsche Siebscheibe, die Siebtrommel von Joemig & Sauter. In England werden noch rotierende Flachsiebe mit Erfolg verwendet.

Eine weitere Klärungsmethode auf mechanischem Wege ist bekanntlich das sogen. Absitzverfahren, bei dem sich unter Verlangsamung des Abwasserstromes ein größerer oder geringerer Teil der im Abwasser enthaltenen ungelösten Stoffe selbsttätig ausscheidet, entweder nach unten, soweit es sich um Stoffe, die spezifisch schwerer als das Wasser sind, um die sogen. Sinkstoffe handelt, oder nach oben, soweit spezifisch leichtere Stoffe, sogen. Schwimmstoffe vorhanden sind, die dann die sogen. Schwimmdecke oder Deckschicht bilden. Auch hier ist der Reinigungserfolg erfahrungsgemäß ein beschränkter; es werden im günstigsten Falle 60—70 % der ungelösten Stoffe aus dem Abwasser ausgeschieden; es gehen also bei den besten Anlagen 30—40 % der suspendierten und dazu die Gesamtmenge der gelösten Stoffe, wobei alle organischen Bestandteile ihre volle Fäulnisfähigkeit behalten, in den Vorfluter über.

Das Absitzverfahren ist daher selbst bei vollkommenster Betriebsart nur dann einwandfrei brauchbar, wenn Abwasser-

menge und Beschaffenheit des Vorfluters in richtigem Verhältnis zueinander stehen, wenn also der Vorfluter die ihm aus dem Absitzbecken zugeführten zersetzungsfähigen Stoffe in einer Weise zu verdünnen und fortzuführen vermag, daß keinerlei Belästigung oder Schädigung daraus erwächst.

Eine lästige Erschwerung des Betriebes der Absitzbecken ergibt sich daraus, daß der Schlamm immer rechtzeitig — im Sommer alle drei bis vier Tage — aus dem Becken entfernt werden muß, ehe er zu faulen beginnt. Es ist dies außerordentlich mißlich, denn bei den großen Schlammmengen, die täglich anfallen, müssen zur Schlammlagerung Plätze zur Verfügung stehen, die einerseits räumlich zulänglich sind, und anderseits, da der Schlamm noch seine volle Zersetzungsfähigkeit hat, auch so gelagert sind, daß sie nicht infolge Geruchsbelästigung und Insektenplage eine schwere Störung für die Umgebung bedingen. Infolge der sich so ergebenden Schwierigkeiten kam es vielfach zu einem nachlässigen Betriebe der Klärbecken; der Schlamm wurde nicht rechtzeitig entleert, er ging dann in Zersetzung über, es entwickelten sich Sumpf- und Fäulnisgase, diese trieben den Schlamm in Fladen an die Oberfläche, von wo aus er in den Vorfluter weitergeführt wurde. Außerdem hatte das austretende Wasser durch Auslaugung des faulen Schlammes einen fauligen Charakter angenommen; es war in stinkende Fäulnis unter Bildung von Schwefelwasserstoff übergegangen.

Diese Uebelstände brachten das Absitzverfahren allmählich in Mißkredit; es wurde namentlich in England, wenn Landberieselung nicht möglich war, die Reinigung im Klärbecken unter Anwendung des Fällungsverfahrens betrieben. Auf diese Klärmethode setzte man dann, beeinflußt durch die glänzenden Erfolge, die in Laboratoriumsversuchen und besonderen Versuchslangen vorgeführt wurden, außerordentliche Hoffnungen nicht nur hinsichtlich des Reinigungserfolges, sondern auch des Gewinnes aus einer Verwertung der dabei dem Abwasser zu entziehenden Dungstoffe. Diese Hoffnungen haben sich jedoch in keiner Weise erfüllt. Es zeigte sich, daß durch **chemische** Fällung nur eine Klärung der Abwasser sich bewirken läßt, nicht aber eine wirkliche Reinigung, d. h., daß zwar eine recht ergiebige Ausscheidung der ungelösten Stoffe erfolge, daß aber das geklärte Abwasser fäulnisfähig bleibt (eine Ausnahme macht nur das Rothe-Degenersche Kohlebreiverfahren) und nachträglich im Vorfluter Niederschläge ausscheidet. Dazu erwies das Verfahren sich auch noch als kostspielig; denn es erforderte neben der Bedienung noch eines Aufwandes für die Beschaffung der chemischen Fällungsmittel und, was das schlimmste war, die produzierten Schlammmengen waren wesentlich größer als beim Absitzverfahren. Der Schlamm war außerdem fast gänzlich unverkäuflich und überdies noch fäulnisfähig, so daß die Schlammlagerung weit größere Schwierigkeiten als beim Absitzverfahren machte, und es vielfach wegen der

daraus entstehenden Belästigungen zu ausgesprochenen Schlammkalamitäten kam.

Diese Mißerfolge führten teilweise wieder zurück zum Absitzverfahren und die Techniker bemühten sich, die bei diesem Verfahren beobachteten Uebelstände möglichst auszuschalten. Zunächst wurden systematische Untersuchuugen angestellt über den Einfluß der Stromgeschwindigkeit[1]) und die Form des Klärbeckens auf den Reinigungseffekt einer Kläranlage (so 1899 in Hannover von Bub und Schwarz und im Anschluß daran in den Jahren 1901/02 in Köln von Steuernagel); ganz besonders wurde das Augenmerk darauf gerichtet, die Schlammkalamität zu beseitigen oder doch zu mildern.

Die Erfahrung hatte gelehrt, daß der Schlamm im angefaulten Zustande ein geringeres Volumen einnimmt als in frischem, was hauptsächlich auf Verringerung seines Wassergehaltes zurückzuführen ist. Während frischer Schlamm gewöhnlich einen Wassergehalt von 95 % aufweist, kann der Wassergehalt des angefaulten Schlammes bis auf 80 % und bisweilen auch noch weiter heruntergehen. Diese Verhältnisse wurden insbesondere von dem englischen Ingenieur Cameron untersucht und seine Versuche haben 1905 eine Abart des Absitzverfahrens in Aufnahme gebracht, daß als Faulverfahren bezeichnet und jetzt noch teilweise betrieben wird.

Beim **Faulverfahren** wird bekanntlich im Gegensatze zum Absitzverfahren der Schlamm aus den Absitzbecken nicht regelmäßig ausgeräumt, ehe er in faulende Zersetzung übergeht, sondern man beläßt vielmehr die Sedimente monate- oder gar jahrelang in den Becken, damit sie dort einen vollständigen Fäulnisprozeß durchmachen. Ein so ausgefaulter Schlamm bietet neben der Verringerung seines Volumens noch den Vorteil, daß er leichter drainierbar, d. i. leichter zu entwässern ist als frischer Schlamm, daß er seine Fäulnisfähigkeit verloren hat und daß es so bei seiner Lagerung nicht mehr zu Geruchsbelästigung kommt. Er ist, wenn drainiert, nicht mehr übelriechend, sondern hat nurmehr einen etwas modrigen Geruch.

Die Verhältnisse hinsichtlich der Schlamm-Menge und Schlamm-Beschaffenheit lassen sich also beim Faulverfahren recht günstig gestalten, dies trifft aber nicht zu, hinsichtlich der Abflüsse, die nach der Klärung aus solchen Faulräumen austreten. Ein auf solche Weise geklärtes Abwasser ist durch die Berührung mit den faulenden Schlamm-Massen ebenfalls angefault; es wirkt infolge seines Gehaltes an Schwefel-

---

[1]) Das Ergebnis dieser Versuche ist von beachtenswerter wirtschaftlicher Bedeutung: Es hat sich nämlich gezeigt, daß eine Klärzeit von 1—2 Stunden hinreichend und eine Durchflußgeschwindigkeit bis zu 20 mm Geschwindigkeit zulässig ist, während früher als größte Durchflußgeschwindigkeit in Preußen 4 mm in der Sekunde bezeichnet wurde. Bei 20 mm Geschwindigkeit erhält man aber eine dreimal kleinere Anlage als bei 4 mm.

wasserstoff vor allem geruchbelästigend und kann im Vorfluter sogar zu Schädigungen führen. Es ist bekannt, daß Schwefelwasserstoff ein Fischgift ist.

Als selbständiges Klärverfahren eignet sich mit Rücksicht auf diese üble Beschaffenheit der Abflüsse das Faulverfahren nicht. Diese Abflüsse müssen vielmehr in der Regel noch einem weiteren Reinigungsverfahren unterzogen werden.

Indes sind bereits Versuche vorgeschlagen, namentlich von Prof. Dr. Thumm, auch das faulige Abwasser durch Aufstauen in einer Reihe hintereinander geschalteter Becken zur vollständigen Ausfaulung zu bringen und somit fäulnisunfähig zu machen. Es wird aber zu prüfen sein, ob dies wirklich gelingt und ob das Verfahren wirtschaftlich vorteilhafter als eine eigene Nachreinigung der Faulkammer-Abflüsse ist.

Um aber doch die Vorteile, die das Faulverfahren für Konzentration und weitere Vorbereitung des Schlammes unverkennbar bietet, auch bei der Klärung der Abwässer in Absitzbecken auszunützen, suchte man nach Einrichtungen, die es ermöglichten den Schlamm einerseits möglichst rasch und gründlich aus dem Abwasser zu scheiden und abzutrennen und ihn dann vom durchfließenden Abwasser gesondert der Ausfaulung zu überlassen.

Der Gedanke, Absitzbrunnen so zu konstruieren, daß der Schlamm automatisch in frischem Zustande immer gleich von den Abwässern abgetrennt würde, ist nach Dunbar zuerst von dem englischen Chemiker H. W. Clark 1899 ausgesprochen worden. Ich finde aber in der technischen Literatur einen Aufsatz mit Zeichnung; danach hat sich W. Parje in Frankfurt bereits 1882 eine Konstruktion patentieren lassen, bei der schon eine Abtrennung des Schlammes vom durchfließenden Abwasser zur ungehinderten Ausfaulung angestrebt ist. Allerdings scheint dieses Verfahren keine weitere Beachtung gefunden zu haben.

Durch Clarks Arbeiten angeregt hat ein anderer Engländer, W. O. Travis, weitere Versuche auf diesem Gebiete gemacht; Apparate nach Travis sind auch heute noch in Gebrauch. Travis vertritt die Anschauung, daß der Faulprozeß kürzere Zeit beansprucht in einem durchflossenen Faulbecken als in einem Faulraum, in dem das Abwasser ganz stockt. Er läßt also durch den Faulraum einen Teil des Abwassers durchfließen, das sich dann mit dem Frischwasser wieder vereinigt. Travis hält das für keinen Nachteil, weil dieser Teil des Abwassers, wenn er auch angefault ist, wegen seiner geringen Menge keinen Nachteil verursachen kann. In Deutschland wird das System Travis von der „Städtehygiene- und Wasserbaugesellschaft in Wiesbaden“ (G. m. b. H.) propagiert (s. Fig. I—IV).

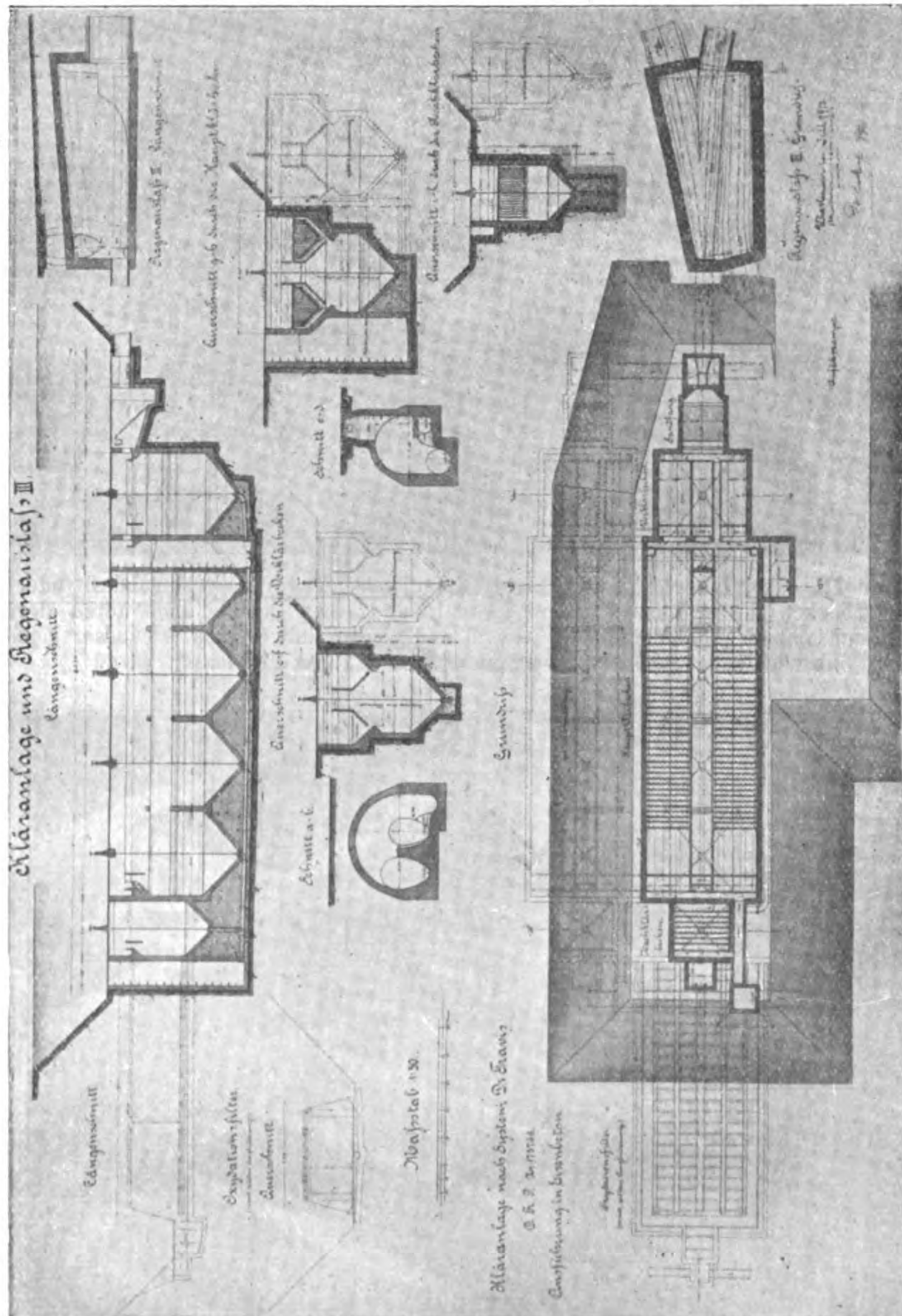
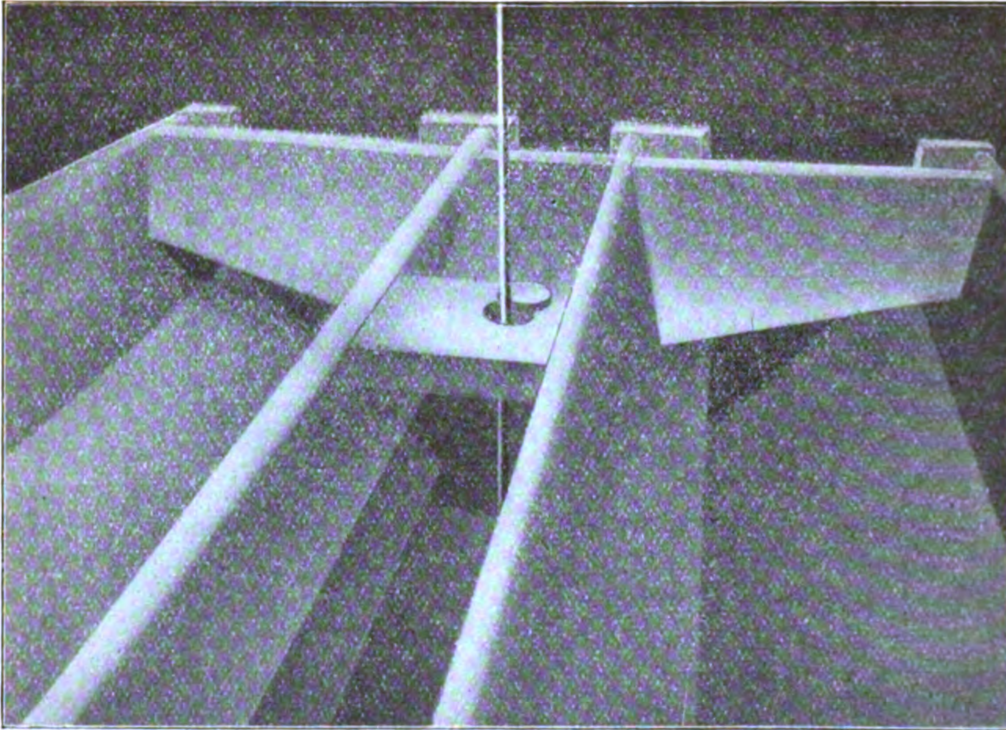


Fig. I. Abwasserreinigungsanlage nach System Travis (Städtehygiene- und Wasserbaugesellschaft in Wiesbaden).



Figur II. Travisbecken mit zwei Frischwasserräumen (Durchfluß- oder Absitzbecken zu beiden Seiten oben) und dazwischen liegend nach unten der Schlammsammelraum, in dem der von dem oben durchfließenden Abwasser sich abscheidende Schlamm getrennt dem Ausfaulen überlassen wird.

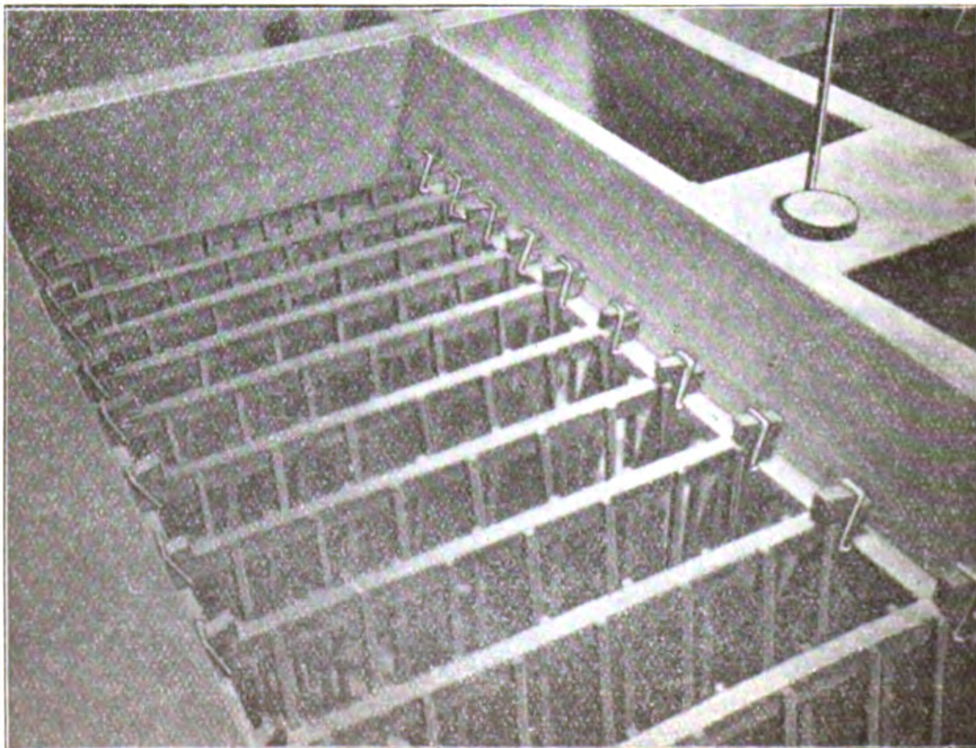


Fig. III. Kolliodore (Gitter aus Hartholz) in dem Frischwasserraum (Durchfluß oder Absitzbecken nach System Travis) eingehängt; an den Kanten und Flächen dieser Holzgitter schlagen sich die schwebenden Stoffe in Gestalt von Klümpchen nieder und sinken dann von da zu Boden und in den Schlammraum.

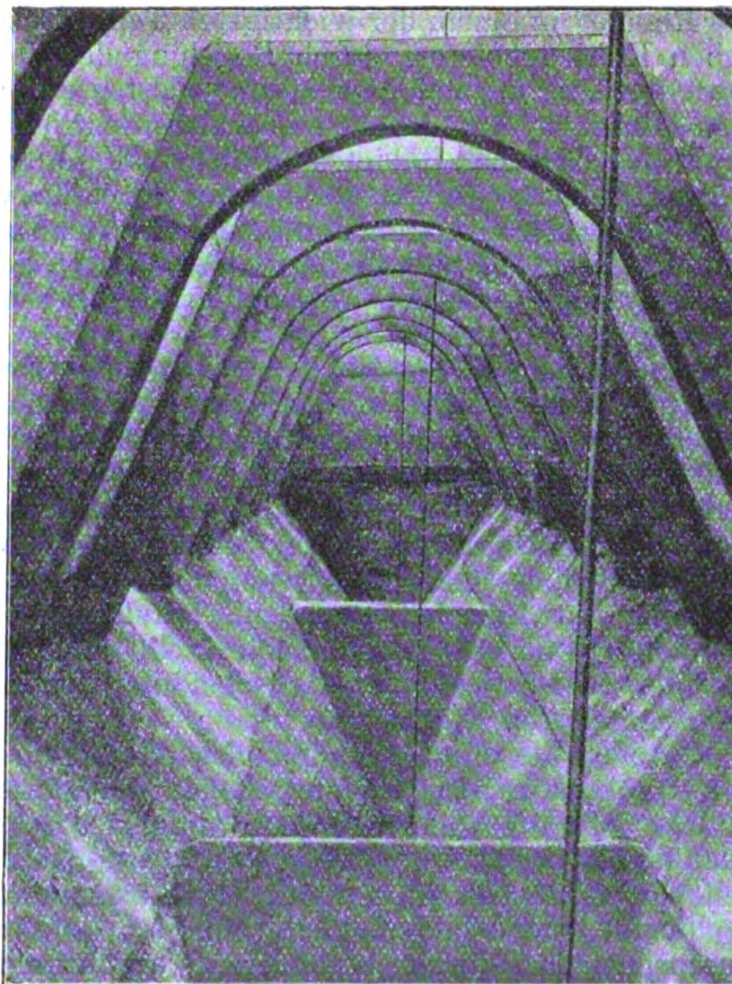


Fig. IV. Schlammraum eines Travisbeckens.

Das Bild stellt den Blick in den Schlammsammelraum einer Travisanlage dar, mit Frischschlammgewinnung, d. h. ohne großen Schlammraum zum Ausfaulen des Schlammes. Die seitlichen mit starker Neigung versehenen Wände gehen in derselben Neigung nach oben weiter und bilden alsdann die Seitenwände des Absitzbeckens. Die Verstärkungsrippen stützen die seitlichen Wände der beiden links und rechts von dem Schlammsammelraum liegenden Absitzbecken. Diese Wände bilden am unteren Ende einen Schlitz, durch welchen der Schlamm in den Schlammraum abrutscht. Der Schlammraum ist in Kassetten aufgelöst, an deren tiefsten Stellen Ventile zum Ablassen des Schlammes angebracht sind. Die Ventile werden durch die im Bilde sichtbaren Stangen geöffnet.

Weiter ausgebaut wurde dieser Gedanke der getrennten Schlammbehandlung von der Emscher-Genossenschaft. Diese Genossenschaft wurde bekanntlich durch preußisches Gesetz vom 14. Juli 1904 gegründet, um die durch gewerbliche und häusliche Schmutzwässer herbeigeführte Abwasserkalamität im Bereiche der Emscher, eines kleinen Neben-

flusses des Rheines in einem der wichtigsten Teile des rheinisch-westfälischen Kohlengebietes, durch Regelung der Vorflut und durch Abwasserreinigung auf gemeinsame Kosten zu beseitigen. Diese Genossenschaft hat zweifellos außerordentlich viel zur Assanierung des Emscher-Gebietes erreicht, allerdings kommt ihr, was den Erfolg der Abwasserreinigung durch die von ihren Ingenieuren konstruierten sogen. Emscher-Brunnen anlangt, vor allem zustatten, daß die geklärten Abwässer alsbald dem Rheine, einem außerordentlich toleranten Vorfluter zugeführt werden können.

Der Reinigungsgrad, der mit dem System der Emscher-Brunnenanlagen erreicht werden kann, geht nämlich über das Maß des überhaupt beim mechanischen Absitzverfahren — also einem Absitzbecken bei einwandfreiem Betriebe — Erreichbaren, nicht hinaus, wovon die Herren, die die Nürnberger Anlagen heute nachmittag besichtigen, sich selbst überzeugen können. Es wird dies sofort klar, wenn man die Art der Abwasserreinigung im Emscher-Brunnen, Travisbecken u. dgl. näher betrachtet; sie erfolgt ja auch nicht anders als auf dem Wege der mechanischen Ausscheidung der im Wasser enthaltenen ungelösten Stoffe.

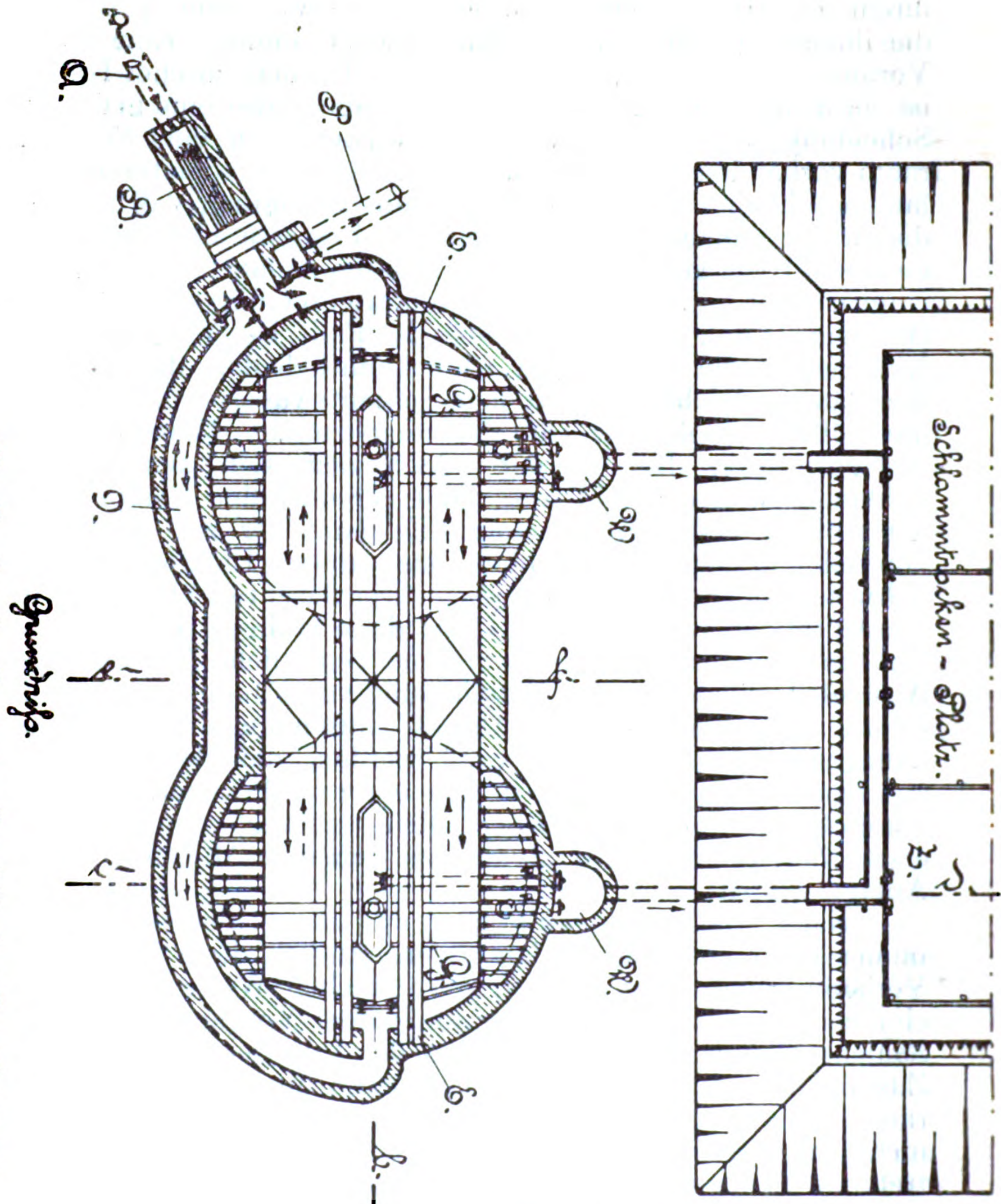
Die Vorteile, die die Reinigung des Abwassers in einer Emscher-Brunnenanlage bietet, liegen auf ganz anderem Gebiete. Das dort angewandte System verfolgt das Ziel, ähnlich wie das bereits erwähnte englische Verfahren nach Travis, in der Zeit von ca. $1^1/_2$ Stunden, in der das Abwasser den Klärraum durchfließt, soviel als möglich von den festen Bestandteilen auszuscheiden, durch besondere Vorrichtungen diese Schlammstoffe in eigene Räume zu leiten und dort getrennt von dem durchfließenden Abwasser ausfaulen zu lassen. Es sollen also die Abflüsse den Klärraum in einem Zustande verlassen, wie beim gewöhnlichen Absitzbecken, bei dem der Schlamm immer so rechtzeitig aus dem Becken entleert wird, daß er niemals zum Ausfaulen kommt und somit auch das Abwasser nicht faulig machen kann.

Das Abwasser, das eine derartige Anlage verläßt, wird als Frischwasser bezeichnet, d. i. ein Wasser, das noch Sauerstoff in Lösung enthält, im Gegensatz zum fauligen Abwasser, d. i. Abwasser, das bereits der Fäulnis unter Bildung von Schwefelwasserstoff verfallen ist und kolloidale Trübung zeigt.

Um nun wirklich den Abfluß solches Frischwassers zu erreichen, ist es erforderlich, daß zunächst der Anlage das Abwasser nicht in bereits fauligem Zustande zugeleitet wird; es ist also Voraussetzung eines erfolgreichen Betriebes einer Emscher-Brunnenanlage, daß ihm die Schmutzwasser aus gut angelegtem und gut gelüftetem Kanalnetze zufließen, in denen es zu keinem Aufstauen und damit zu keinem Anfaulen der Abwässer kommt. Fäkaliengruben, aus denen das Abwasser bereits faulig austritt, eignen sich demnach nicht zum Anschluß an Emscher-Brunnen, es sei denn, daß diese Abwässer vor

ihrem Eintritt in diese eine ausgiebige Verdünnung erfahren, die ihnen den fauligen Charakter wieder nimmt. Eine weitere Voraussetzung eines gedeihlichen Betriebes der Emscher-Brunnen ist natürlich noch die, daß in der Anlage selbst eine genügende Scheidung des durchfließenden Abwassers von dem Schlammraum vorhanden ist, so daß keine Infizierung des ersteren durch faulen Schlamm erfolgt. Dies hat zur Bedingung, daß zunächst die in der Anlage sich abwickelnden Prozesse bereits zu einer gewissen Reife gelangt sind, daß sich die Anlage, wie man sagt, eingearbeitet hat. Zu Beginn der Inbetriebsetzung eines Emscher-Brunnens u. dgl. ist dies noch nicht der Fall. Der Vorgang bei der Klärung in diesen Anlagen ist bekanntlich der, daß zunächst die Räume gleichmäßig mit dem Schmutzwasser sich füllen. Ist die Füllung erfolgt, so tritt das überschüssige Wasser aus der Anlage weiter. Der in der ersten Zeit sich ausscheidende Schlamm ist noch nicht ausgefault, er muß den Faulprozeß in der Anlage erst durchmachen. Es fault der auf dem Boden lagernde Schlamm allmählich aus unter Entwicklung von Schwefelwasserstoff und Sumpfgas. Die Gasentwicklung bewirkt ein Auftreiben von Schlammfladen; diese fauligen Schlammassen bringen auch das im Schlammraume befindliche Abwasser zum Ausfaulen ebenfalls unter Entwicklung von Fäulnisgasen, so daß es zu schäumen beginnt. Dieses Aufschäumen des Wassers kann unter Umständen so groß werden, daß Schlammwasser aus den Entlüftungsrohren in den oberen Absitzraum, der zum Durchfließen des Frischwassers dient, gelangt und so in der ersten Zeit des Betriebes ab und zu gefaultes Abwasser aus der Anlage austritt.

Nach und nach fault aber der abgeschiedene Schlamm immer mehr aus. Der Schlamm zersetzt sich dann im weiteren Verlaufe nicht mehr in der gewöhnlichen Weise, sondern in einem mehr der Vertorfung ähnlichem Vorgange, wobei der Sohlenschlamm einen blasigen, an der Luft leicht trocknenden Zustand annimmt. Allmählich fault dann auch das im Schlammraume befindliche Abwasser aus, und da fäulnisfähiges Abwasser nicht in den Zersetzungsraum gelangt, der andauernd hinzutretende Schlamm aber nicht ausreicht, um neue Zersetzungsvorgänge im Wasser hervorzurufen, so kommt dieses Wasser allmählich in einen fäulnisunfähigen Zustand. In diesem Zustande bildet es dann gleichsam eine Scheidewand zwischen dem das Absitzbecken durchfließenden Frischwasser und den Schlammmassen, die am Boden des Brunnens der Zersetzung unterliegen. Die dabei aufwirbelnden Schlammteile können aber nicht in das Absitzbecken zu dem Frischwasser gelangen, sondern sie treten infolge der Art der Einbauten in die bis an die Wasseroberfläche hochgeführten Teile des vom Absitzbecken getrennten Schlammzersetzungsraumes. Der Schlamm sinkt dann, wenn seine Gase durch die dort angebrachten Austrittsöffnungen entwichen sind, soweit er nicht Schwimmschicht ist, wieder zu Boden (s. Fig. V—VII).



A. Zulauf.
B. Grobrechen.
D. Umlaufrinne.
g. Tauchwand.
P. Ablaufrohr.
W. Schlammschacht.
(Durch Verstellung der Schieber zur Umlaufrinne kann bald der eine, bald der andere Brunnen zuerst mit dem Abwasser beschickt werden.)

Fig. V. Emscher-Brunnen. Grundriß eines Doppelbrunnens.
(Firma: Heinrich Scheven, Technisches Bureau, Düsseldorf.)

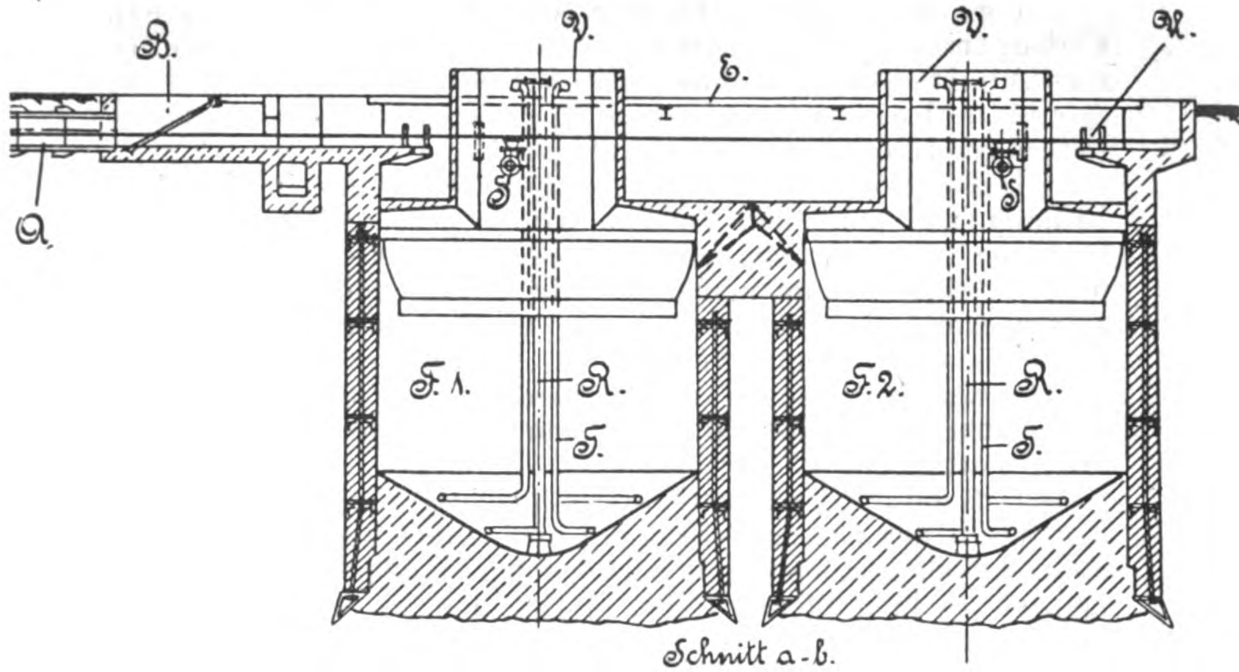


Fig. VI. Emscher-Brunnen. Längsschnitt.

V. Ventilationsschacht. F. Faulraum.

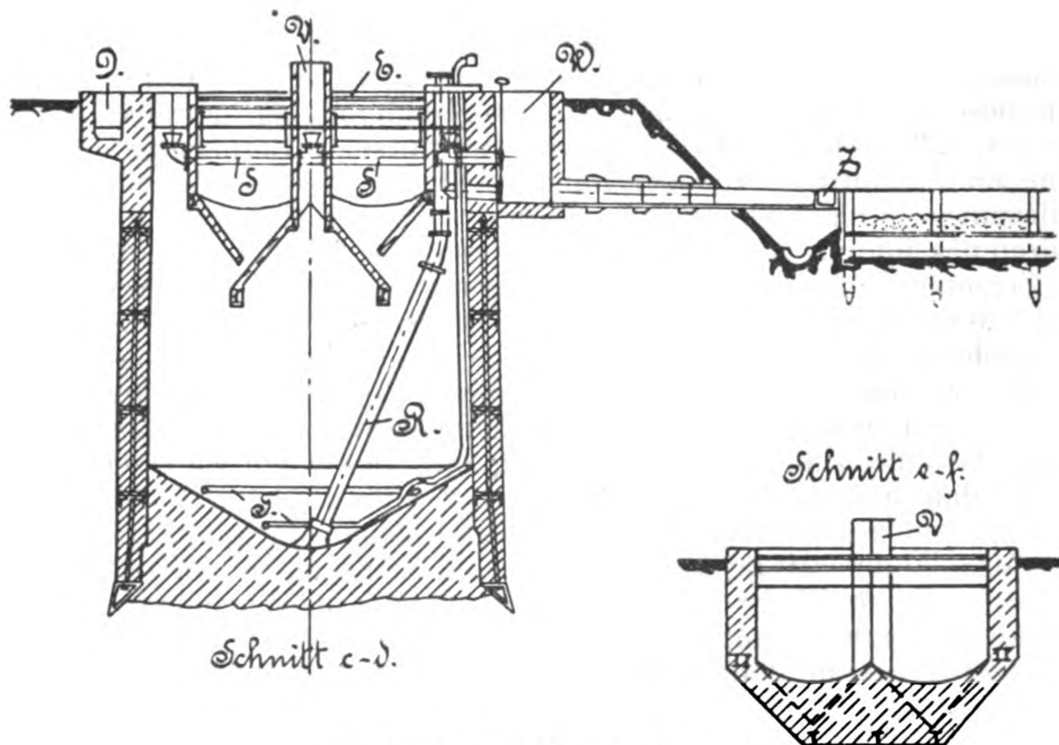


Fig. VII. Emscher-Brunnen. Querschnitte.

D. Umlaufrinne. W. Schlammschacht.

R. Schlammsteigrohr. Z. Zulauf zum Schlammtrockenplatz.

Das wesentlichste der Anlage ist also, daß ein Uebertritt von Faulwasser vom Schlammraume in das Absitzbecken, durch welches das Frischwasser zur Abscheidung seiner ungelösten Schmutzstoffe langsam fließt, vermieden wird.

Diese Möglichkeit einer solchen Scheidung in Emscher-Brunnen und ähnlichen Anlagen wird von verschiedenen Seiten bestritten; es wird behauptet, daß beim Eintreten von Schlamm in den Schlammraum immer eine der eintretenden Schlammasse entsprechende Menge Wasser aus dem Faulraum in das Absitzbecken hinübergedrängt werden kann; auch müsse durch Diffusion ein Austausch zwischen den beiden sich an den Durchtrittsstellen des Absitzraumes zum Schlammraum berührenden Wasserarten statthaben.

Daß diese Einwände theoretisch richtig sind, wird von den Vertretern der Emscher-Brunnen auch zugegeben; sie erklären aber, daß diese theoretisch bestehenden Mängel in Wirklichkeit keineswegs in greifbarer Form in Erscheinung treten, daß vielmehr bei geordnetem Betriebe Uebelstände, die auf ein Eindringen von Faulraum-Inhalt in das Abwasser des Absitzraumes zurückzuführen wären, in Emscher-Brunnenanlagen bisher noch nicht aufgetreten seien. Es beruhe dies zunächst darauf, daß die Menge Wasser, das allenfalls in den Absitzraum durch den in den Faulraum gelangenden Schlamm hinübergedrängt wird, im Vergleich zu der Frischwassermenge immer nur außerordentlich gering sei und somit als bedeutungslos betrachtet werden könne. Was weiter den Austausch zwischen den Flüssigkeiten des Faulraumes und des Absitzraumes durch Diffusion betrifft, so werde auch diese im Emscher-Brunnen auf ein Minimum eingeschränkt dadurch, daß die für den Diffusionsvorgang nutzbare Berührungsfläche im Verhältnisse zu dem Rauminhalt des Absitz- und des Faulraumes nur sehr klein ist. Ferner sei die Flüssigkeit des Faulraumes infolge Anreicherung mit gelösten Substanzen aus dem Zersetzungsvorgange des Schlammes stets spezifisch schwerer als die des darüber befindlichen Absitzraumes, und daher für die Vermischung mit der überlagernden spezifisch leichteren Flüssigkeit des Absitzraumes ungünstig disponiert. Diese sei überdies in der Regel wärmer als das Faulraumwasser und auch aus diesem Grunde zum Absitzen ungeeignet. Das wichtigste sei jedoch, daß bei regelmäßigem Betriebe der über dem Schlitze im Abgleiten begriffene Schlamm gewissermaßen ein automatisches Verschlußventil zwischen Absitz- und Faulraum bilde, das der Vermischung beider Flüssigkeiten hinderlich im Wege stehe. Es können demnach nur ganz unerhebliche belanglose Mengen Faulraumwasser in den Absitzraum gelangen.

Beim Betriebe ist allerdings darauf zu achten, daß niemals zu große Schlammassen auf einmal aus dem Faulraum entleert werden, weil sonst eine zu große Menge Frischwasser in den Faulraum gelangen würde und bei seiner Zersetzungsfähigkeit einen Fäulnisprozeß im Schlammraum hervorrufen könnte, wie er bei der Inbetriebnahme der Anlage immer eintritt.

Die bisher gemachten Erfahrungen lehren, daß bei richtigem Betriebe die Abflüsse aus den Emscher-Brunnen unmittelbar bei ihrem Austritte aus diesen einer Fäulnis unter Bildung von Schwefelwasserstoff in der Regel noch nicht anheimgefallen, die Abflüsse also, wenn auch nicht gänzlich geruchlos, doch nicht stark geruchbelästigend sind. In Nürnberg soll allerdings, wie ich höre, ab und zu über üble Gerüche geklagt worden sein. Hinsichtlich der Fürther Anlage, die wesentlich kleiner ist als die Nürnberger und schon vollkommen eingearbeitet ist, sind mir Mißstände dieser Art bis jetzt wenigstens nicht bekannt geworden. Nach dieser Richtung wird man mit der Beschaffenheit der Abflüsse zufrieden sein können; anderseits haben sie aber nichts von ihrer Fäulnisfähigkeit verloren; sie werden daher in einem unzulänglichen Vorfluter immer noch zu Belästigungen und unter Umständen sogar zu Schädigungen führen können.

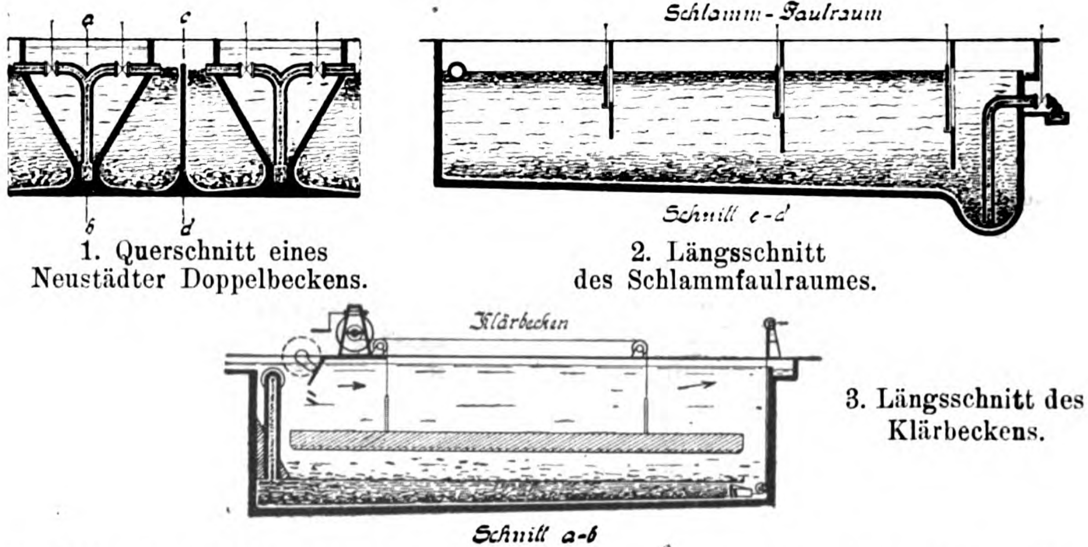
Dagegen ist der Einfluß der Abwasserbehandlung in Emscherbrunnen auf die Beschaffenheit des Schlammes ein außerordentlich günstiger.[1]) Der ausgefaulte Schlamm solcher Kläranlagen ist, wie erwähnt, geruchlos und leicht zu entwässern. Er kann deshalb auch unmittelbar an der Kläranlage auf dem Schlammplatze, dessen Grund mit durchlässigem Material, Schlacken oder dergl. belegt ist, drainiert und dann, wenn er stichfest ist, was nach wenigen Wochen erreicht wird, abgefahren werden. Diese Beschaffenheit des Schlammes macht also die sonst noch notwendige Schlammbehandlung wie Schlammpressung, -Verbrennung usw. überflüssig.

Das Verfahren der getrennten Schlammbehandlung ist außer der Emscher-Genossenschaft auch noch von anderen deutschen Firmen betrieben, so z. B. von dem Städtereinigung- und Ingenieurbau-A.-G. Wiesbaden, welche eine mit Stiag bezeichnete Anlage herrichtet, ferner von der Wasser- und Abwasser-Reinigungs-Gesellschaft (G. m. b. H.) in Neustadt a. Haardt.

Beim Neustädter Doppelbecken (s. Fig. VIII) sind jedem Durchflußbecken 2 Schlammräume angelagert. Langsschnitt a-b zeigt das Klärbecken, wie das durchfließende Abwasser seinen Schlamm abgibt; von Zeit zu Zeit wird nun der dort sichtbare bewegliche Balken auf die am Boden befindliche Schlammrinne herabgelassen, dadurch wird dann die Schlammrinne gegen den darübergelegenen Durchflußraum bis auf eine kleine Oeffnung abgeschlossen und der Schlamm wird durch den Wasserdruck durch ein Steigrohr in den Schlammraum gepreßt, wo er zum Ausfaulen kommt. Dieses System verfolgt den Zweck, das Frischwasser vor Berührung mit dem faulenden Schlamm absolut zu schützen und dadurch vor dem Anfaulen zu be-

[1]) Die Ausfaulung des Schlammes begegnet je nach Beschaffenheit des Abwassers allerdings öfters Schwierigkeiten, namentlich wenn Industriewässer beigemengt sind, die dem Faulprozeß hinderlich sind und die Ausfaulung verzögern.

wahren und anderseits das Ausfaulen des Schlammes selbst in dem völlig abgeschlossenen Schlammbecken zu begünstigen.

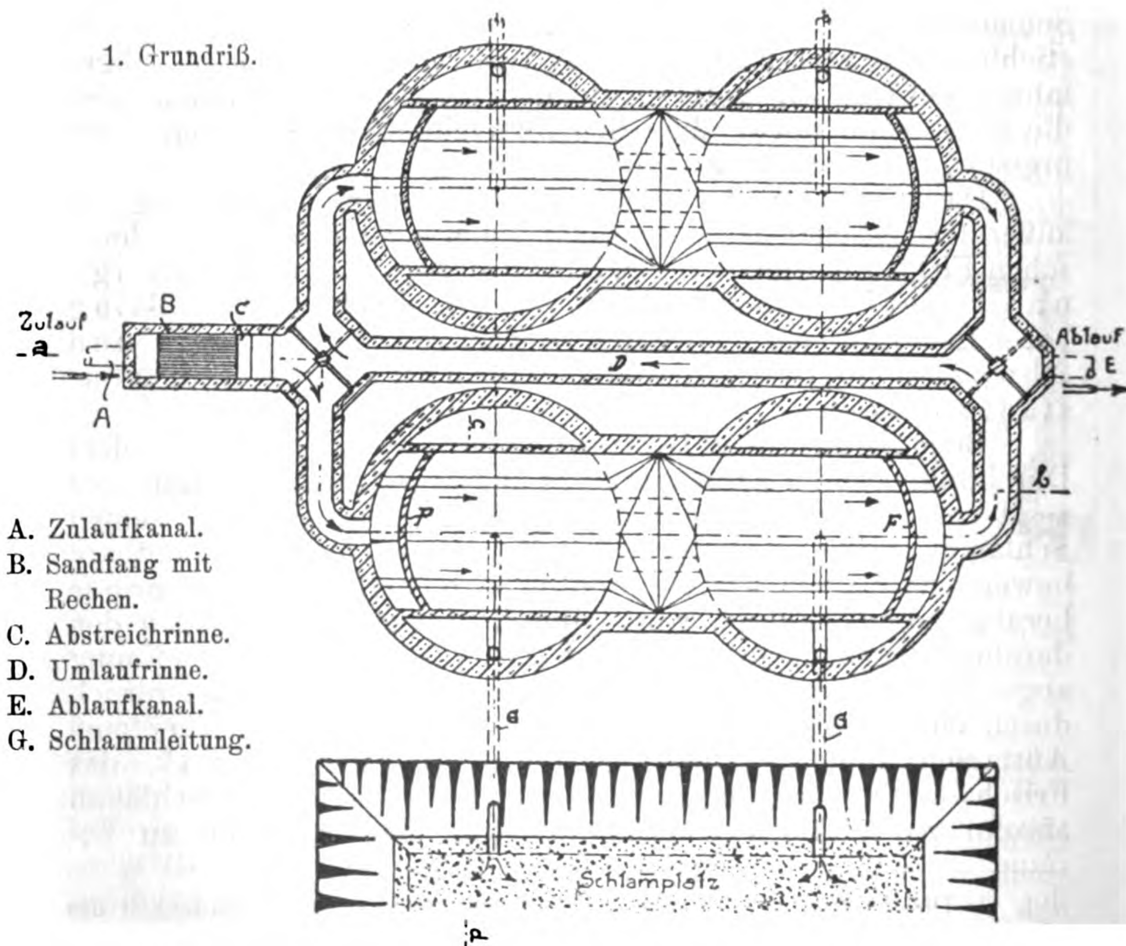


1. Querschnitt eines Neustädter Doppelbeckens.

2. Längsschnitt des Schlammfaulraumes.

3. Längsschnitt des Klärbeckens.

Fig. VIII. Neustädter Doppelbecken (Abwasser-Reinigungs-Gesellschaft [G. m. b. H.] in Neustadt a. H.).



1. Grundriß.

A. Zulaufkanal.
B. Sandfang mit Rechen.
C. Abstreichrinne.
D. Umlaufrinne.
E. Ablaufkanal.
G. Schlammleitung.

Fig. IX. Stiag-Brunnen (Städtereinigung und Ingenieurbau A.-G. Wiesbaden).

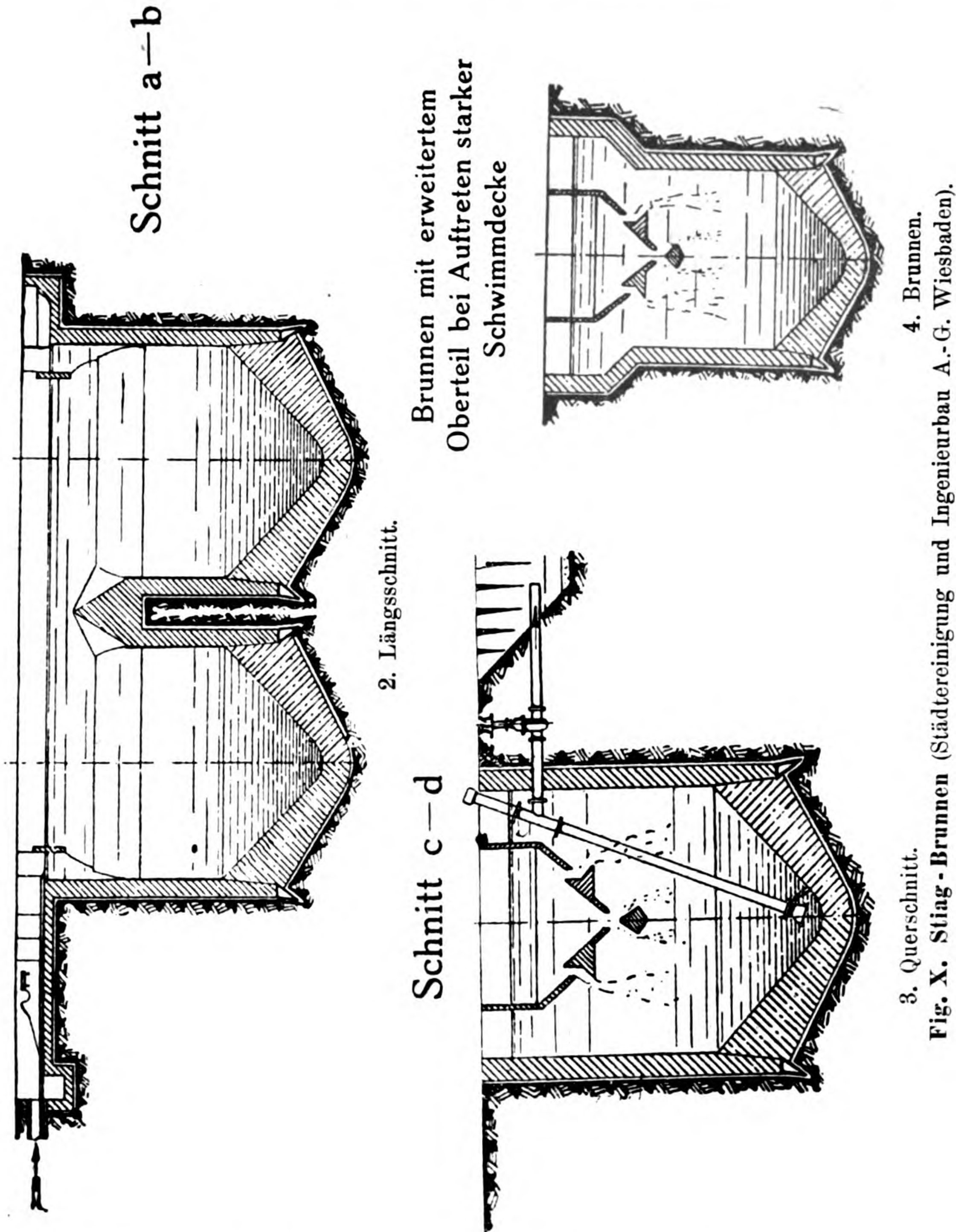


Fig. X. Stiag-Brunnen (Städtereinigung und Ingenieurbau A.-G. Wiesbaden).

Wie die Zeichnung der vorstehenden Querschnitte ersehen läßt, weisen die Abrutschflächen beim Stiag-System (Fig. IX und X) Schlitze auf; dadurch sind diese verkürzt, um das selbsttätige Abrutschen des Schlammes in den untenliegenden Schlammraum zu beschleunigen. Auf diese Weise erfolge nach Mitteilung der Firma das Abrutschen nicht stoßweise und lawinenartig, sondern ununterbrochen ruhig. Es bleibe also der Schlamm auf den Abrutschflächen nicht so lange liegen, daß er dort anfaule

und so das Frischwasser infizieren könne; auch können keine Schlammaufwirbelungen durch stoßweises Abrutschen des Schlammes sstattfinden; endlich sei dadurch einem Verstopfen der Schlitze am sichersten vorgebeugt.

Was die Frage anlangt, ob Klärbrunnen oder Klärbecken zu wählen sind, so wird von Technikern, wie Ingenieur Hauptner-Brünn, darauf hingewiesen, daß Becken das Wasser bis zur äußersten Grenze von 70% reinigen können, weil man Becken nach Bedarf genügend breit, tief und lang machen könne, was bei der Tiefe von Brunnen wirtschaftlich nicht möglich sei; bei diesen beruhe auch der Haupterfolg daher in Gewinnung eines guten Schlammes, die Reinigung des Wassers komme dort erst an zweiter Stelle.

Bei dieser Art der Schlammbehandlung sowohl in Brunnen, wie in Becken werden zweifellos mancherlei Mißstände vermieden. Man muß aber stets berücksichtigen und wenn nötig auch den Techniker daran erinnern, daß was den Reinigungserfolg anlangt, man es bei all diesen Anlagen immer nur mit einem mechanischen Reinigungsverfahren zu tun hat. Man muß dabei streng scheiden zwischen den Erfolgen hinsichtlich der Abwasserreinigung und der Schlammbehandlung. Es ist nicht an dem, daß, wenn ein Vorfluter weitgehende Reinigung des Abwassers fordert, die Sache damit abgetan ist, daß man die Reinigung anstatt in gewöhnlichem Absitzbecken in einem Emscher-Brunnen oder einer verwandten Anlage vornimmt. Hier dreht es sich auch nicht um die Frage, ob Emscher-Brunnen oder Travisbecken oder Stiagbrunnen usw., sondern hier handelt es sich um die Frage, ob die mechanische Klärung ausreicht oder nicht. Die Antwort auf diese Frage, die übrigens nicht der Techniker, sondern der Hygieniker in erster Linie zu geben hat, lautet:

Ist eine Reinigung des Abwassers bis zu völligem Verlust seiner Fäulnisfähigkeit erforderlich, so kann dies nur durch Klärung auf **biologischem** Wege erreicht werden. Es werden deshalb auch vielfach den Emscherbrunnen und ähnlichen Anlagen biologische Kläranlagen nachgeschaltet.

Die älteste Art der biologischen Abwasserreinigung ist die Berieselung, d. i. die Aufleitung der Abwässer auf Rieselfelder zum Zwecke landwirtschaftlicher Nutzbarmachung. Dieses Verfahren gelangte bereits vor 40 Jahren in England zur Anwendung. Später wurden wegen der Schwierigkeiten der Beschaffung genügender für Rieselzwecke geeigneter Landflächen der Versuch gemacht, Abwasser durch Aufleitung auf Land zu reinigen, ohne landwirtschaftliche Verwertung. Es kam zur sogenannten intermittierenden Bodenfiltration und zur Untergrundberieselung. Dies führte allmählich zur Herstellung von künstlichen biologischen Filtern, worüber

zuerst Versuche in England und dann namentlich in Amerika angestellt wurden. In Deutschand wurde die Aufmerksamkeit auf die künstliche biologische Klärung der Abwässer gelenkt durch die in Hamburg in den Jahren 1897—1900 unter Dunbar ausgeführten Versuche mit sogenannten Füllkörpern. Erst nach dieser Zeit fand das Verfahren weitere Verbreitung in Deutschland. Heute gehört die künstliche biologische Klärung der Schmutzwässer zu den hygienischerseits bevorzugtesten neuzeitigen Klärungsarten.

Was nun das Wesen dieser Klärungsart anlangt, so besteht es, wie erwähnt, darin, daß an Stelle des bei der Rieselung und der interimittierenden Bodenfiltration verwendeten natürlichen Bodens künstlich aufgeschichtetes Material benützt wird.

Hinsichtlich der Natur der Vorgänge beim biologischen Verfahren haben wir nach Dunbar, der sich seinerzeit am eingehendsten mit dem Studium dieser Frage beschäftigt und wohl die gangbarste Erklärung hierfür gebracht hat, zwei Phasen bei der Reinigung zu scheiden, einmal eine physikalische und dann eine biologisch-chemische. Während des Durchtrittes des Abwassers durch den Filter werden auf dem Wege der Absorption von dem verwendeten Material dem Abwasser die gelösten fäulnisfähigen Stoffe entzogen und an das Material angelagert und erst dann werden diese Stoffe innerhalb des biologischen Körpers unter Mitwirkung von Kleinlebewesen weiter umgesetzt, zu höheren Oxydationsstufen geführt. Namentlich beruht die Bildung von Salpetersäure, die man als den Ausdruck der höchsten Oxydationsstufe bei Umsetzung stickstoffhaltiger Substanzen betrachtet, auf einer Tätigkeit von Mikroorganismen — den nitrificierenden Bakterien.

Was die Arten des künstlichen biologischen Verfahrens anlangt, so haben wir bekanntlich deren zwei, nämlich das Füllverfahren und das Tropfverfahren.

Das Füllverfahren, das wie Sie wissen, seinen Namen davon hat, daß man das Abwasser in Füllkörpern aufstaut — daß also der Filter gefüllt wird — und es dann dort ca. 2 Stunden beläßt, hat einige Vorteile gegenüber dem Tropfverfahren: Es ist vor allem die Verteilung des Abwassers im Oxydationskörper beim Füllverfahren wesentlich leichter als im Tropfkörper — man staut wie angegeben das Abwasser im Raume einfach auf —, es kommt ferner zu keiner stärkeren Geruchsbelästigung und Fliegenplage, weil die Anlagen massive Umwandungen haben. Indes ist man in letzter Zeit doch von seiner Verwendung wieder abgekommen, da es hinsichtlich seiner quantitativen und qualitativen Leistungsfähigkeit dem Tropfverfahren nachsteht. Unter gewissen Umständen, wo z. B. der Fliegenplage wegen der Nähe bewohnter Räume unbedingt vorgebeugt werden muß, kann ja zur Anlage von Füllkörpern anstatt Tropfkörpern geschritten werden.

Beim Tropfverfahren werden die Abwässer im Oxydationskörper nicht aufgestaut wie beim Füllverfahren, sondern sie werden

durch besondere Vorrichtungen auf das Material aufgeleitet. Das Abwasser tritt im Tropfkörper-Material nach abwärts, breitet sich an den Flächen der einzelnen Stücke aus und sammelt sich an dessen unteren Punkt wieder an, tropft von da auf das nächste untere Stück, an dem sich wieder derselbe Vorgang abspielt. Das Abwasser tropft also von Stück zu Stück nach abwärts, daher der Name Tropfverfahren; es tritt schließlich an der untersten Stelle der Anlage wieder aus.

Während das Abwasser an den Flächen des Tropfkörpermaterials sich ausbreitet, werden ihm, wie bereits erwähnt, die gelösten fäulnisfähigen Stoffe durch Absorption entzogen; in der Zwischenzeit erfolgt unter Mitwirkung von Kleinlebewesen — aërober Bakterien — die Umsetzung dieser Substanzen. Es handelt sich hier um Bildung höherer Oxydationsstufen — um einen Oxydationsvorgang —, weshalb Dunbar dem Filterkörper auch den Namen Oxydationskörper gegeben hat — eine Bezeichnung, die jedenfalls richtiger ist, als die Benennung „Filter", da man unter „Filtration" doch in der Regel eine mechanische Tätigkeit, ein mechanisches Zurückhalten ungelöster Stoffe versteht, was aber hier, wo es sich ja, wie gesagt, um physikalische, chemische und biologische Vorgänge handelt, nicht der Fall ist.

Aus diesen Vorgängen läßt sich auch ohne weiteres entnehmen, welche Aufgaben bei der Herstellung und dem Betriebe solcher Anlagen erforderlich sind: Es ist notwendig, daß der Tropfkörper räumlich ausreichend bemessen, Beschaffenheit und Schichtung des Materials eine zweckentsprechende und deren Lüftung eine recht ergiebige ist. Es ist also vor allem von Bedeutung, daß Menge des Abwassers und der Inhalt des Tropfkörpermaterials im richtigen Verhältnis zu einanderstehen, mit andern Worten, daß der Oxydationskörper ausreichend bemessen ist.

Was die Dimensionierung von Tropfkörperanlagen betrifft, so ist zu berücksichtigen, daß deren quantitative Leistungsfähigkeit mehrfach größer ist, als die der Füllkörper und natürlich auch als jene der Bodenfiltern und Rieselanlagen. In einem 2 m hohen Tropfkörper reinigt man in England 5600—7500 cbm Abwasser, während z. B. auf einem Hektar Rieselfeld ohne vorherige Reinigung des Abwassers rund 30—50 cbm Abwasser, nach vorhergehender Reinigung vielleicht 200—300 cbm, zur Reinigung unter landwirtschaftlicher Ausnützung aufgeleitet werden können.

Von außerordentlichem Einflusse auf die Leistungsfähigkeit des Oxydationskörpers ist die richtige Verteilung; erfolgt die Aufteilung des zu reinigenden Abwassers nicht in gleichmäßiger Weise, so werden die einzelnen Teile des Tropfkörpermaterials zu stark belastet, andere Flächen werden zu wenig beschickt. Die Folge davon ist, daß der Tropfkörper einerseits nicht ganz ausgenützt wird, seine wirkliche Leistung also hinter seiner tatsächlichen Leistungsfähigkeit zurückbleibt; ander-

seits kann eine Schädigung durch die zu starke Belastung einzelner Partien dadurch erfolgen, daß beim Aufleiten zu großer Mengen Schmutzwasser Verschlammung und Verstopfung des Oxydationskörpers eintritt. Einer richtigen Verteilung der Abwässer auf dem Tropfkörper ist deshalb von jeher die größte Aufmerksamkeit zugewendet worden und die Schwierigkeit die damit verbunden ist, hat die Techniker zu ausgedehnten Versuchen auf diesem Gebiet angeregt.

Am verbreitesten unter den Verteilungsvorrichtungen bei größeren Tropfkörperanlagen sind wohl jetzt die verschiedenen Drehsprengvorrichtungen zum Teil durch das Abwasser selbst betrieben, zum Teil auch mit elektrischen Antrieben armiert.



Fig. XI. Oxydationskörper mit Fiddian-Drehsprenger (Städtereinigung und Ingenieurbau A.-G. Wiesbaden).

Außer diesen Sprinklern sind noch verschiedene andere Verteilungsarten versucht, wie Versprengung des Abwassers aus Streudüsen, dann Walzensprenger, Kippapparate usw.

Dunbar hat anstatt dieser kostspieligen Vorrichtungen die Verteilung der Abwasser unter Mitwirkung des Tropfkörpermaterials selbst versucht. Er wählte dazu ein sehr feines Deckschichtmaterial von 2–4 mm Durchschnittsgröße; die Seitenabgrenzung ist dadurch hergestellt, daß die Decken schalenförmig nach oben gezogen sind. Um eine richtige Verteilung des Abwassers zu erzielen, muß die Decke festgewalzt und von Anfang an stark mit Wasser belastet werden, damit sich an der Oberfläche eine leichte Schlammhaut bildet.

Es kann diese Verteilungsart nach anderen Beobachtungen nur für eine besonders sorgfältig hergerichtete Deckschicht ausreichen, bei gewöhnlichen feineren Deckschichten, wie man sie noch zumeist trifft, habe ich immer gefunden, daß nur das Material in nächster Umgebung der Stelle, wo das Abwasser eintritt, bis auf eine Entfernung von ca. 20 cm durchfeuchtet ist, darüber hinaus aber trocken bleibt.

Für die Leistungsfähigkeit des Tropfkörpers ist ferner noch von Bedeutung die Beschaffenheit und Schichtung des Materials. Hier hat sich zweifellos die von Dunbar empfohlene Schichtung als zweckmässig bewährt.

Auf Grund zahlreicher Versuche ist Durban zu folgenden Tropfkörperaufbau gekommen: Bei einer Gesamthöhe von 1,80—2,00 m kommt auf einen groben ca. 1,50 m hohen Unterbau eine ca. 10 cm hohe Schicht von 10—30 mm Korngröße im Durchmesser, über dieses dann ein Material von 3—10 mm Korngröße; diese Schicht dient der darüberbefindlichen Deckschicht als Stütze. Die Deckschicht selbst besteht aus einem Material aus dem alles, was feiner als 1 mm und gröber als 3—5 mm Korngröße ist sorgfältigst ausgesiebt wurde. Die Stützschicht, die unter diesem feinen Deckmaterial angebracht ist, verhütet es, daß feineres Material in den gröberen Schlackenteilen vom Abwasser hineingespült wird, und die feine Deckschicht ihrerseits verhindert eine Verschlammung des darunter befindlichen Tropfkörpermaterials. In der Deckschicht selbst kann die Verschlammung dadurch verhindert werden, daß man die oberste Schicht — 10—15 cm tief — gelegentlich durchschaufelt; das darüber befindliche Häutchen muß durch eine Planierschaufel auf etwa einen halben Zentimeter Tiefe abgehoben werden.

Als geeignetestes Tropfkörpermaterial hat sich Koks und Schlacke, auch die von den Müllverbrennungsanstalten, bewährt.

Eine ganz unerläßliche Voraussetzung der Tropfkörperanlage ist eine ergiebige Durchlüftung des Materials.

Die Vorgänge, die sich im Tropfkörper abspielen, lassen dies ohne weiteres voll begreiflich erscheinen. Es handelt sich ja dort einerseits um die Tätigkeit aërober Bakterien, deren Lebensfähigkeit und Lebenstätigkeit von der Zufuhr genügender Mengen Sauerstoff abhängt, anderseits, um die Umsetzung von organischen Stoffen in höhere Oxydationsstufen, zu deren Bildung wieder Zutritt von Sauerstoff notwendig ist.

Bei den großen zentralen Tropfkörperanlagen, die außerhalb der Städte offen und freistehend aufgebaut werden, begegnet die Durchlüftung keinen besonderen Schwierigkeiten. In wärmeren Klimaten führt ein derartiger offener Aufbau auch zu keinen Betriebsstörungen, schlimmer steht es in kälteren Zonen. Hier ist durch Vorsicht der Wahl geeigneter Verteilungsarten ein gewisser Schutz gegen die Schäden, die sich aus Frostgefahr ergeben, zu bieten. Die namentlich in Nordamerika gemachten Erfahrungen haben gelehrt, daß von den verschiedenen Ver-

teilungsarten nur die Zerstäuber gebraucht werden können. Notwendig ist auch, daß die Körper den ganzen Winter über ohne nennenswerte Unterbrechung jedoch bei etwas geringerer Belastung als im Sommer arbeiten. In längerer Betriebsunterbrechung sterben die biologisch wirksamen Lebewesen ab; während der Frostperiode ist es aber oft nicht mehr möglich, den biologischen Prozeß neu zu beleben.

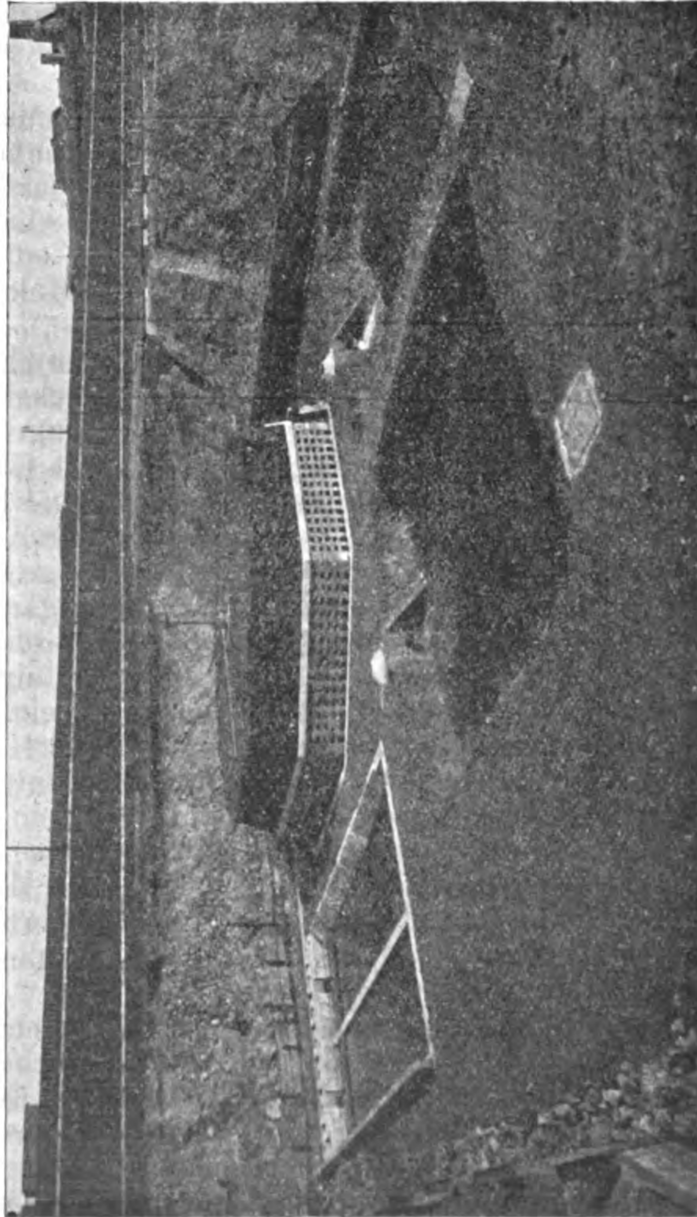


Fig. XII. Freistehender Tropfkörper
(Firma Battige & Schöneich, Ges. für Wasser- und Abwasserreinigung m. b. H. Berlin).

Bedingung einer längeren Erhaltung der Leistungsfähigkeit eines Tropfkörpers ist endlich, daß das Abwasser vor seiner Aufleitung auf das Tropfkörpermaterial einer ausreichenden Vorreinigung unterzogen wird, bei der es von den in ihm enthaltenen ungelösten Stoffen soweit als möglich befreit wird, weil sonst zu bald eine Verschlammung der Deckschichte eintritt.

Welche Art der Vorreinigung gewählt wird, ist für den Erfolg der Behandlung im Oxydationskörper ziemlich gleichgültig; Dunbar vertritt zwar die Anschauung, daß nicht angefaulte Abwässer sich besser zur Reinigung in einer biologischen Kläranlage eignen; nach Thumm dagegen läßt sich gefaultes Wasser in biologischen Körpern ebensogut behandeln, wie frisches Wasser. Es ist also für die gute Wirkung von künstlichen biologischen Anlagen gleichgültig, ob das Abwasser diesen im frischen oder im angefaulten Zustande zufließt, eine Anschauung, die nach meinen Erfahrungen bei den hiesigen Tropfkörpern als zutreffend zu erachten ist.

Man wird sich demnach bei der Wahl der Vorreinigungsart von finanziellen Rücksichten leiten lassen und die billigste Art der Vorreinigung wählen dürfen; diese ist zweifellos das Faulverfahren, bei dem man das Abwasser in einem einfachen Absitzbecken der ungelösten Stoffe sich entledigen, den ausgeschiedenen Schlamm aber dem Ausfaulen verfallen läßt.

Allerdings ist diese Art der Vorbehandlung nicht unter allen Umständen zulässig; man muß nämlich berücksichtigen, daß dabei ein Abwasser auf die offene Tropfkörperanlage kommt, das unter Bildung von Schwefelwasserstoff angefault ist, sodaß solche biologische Körper zur Geruchsbelästigung und Fliegenplage, mitunter bis zu 1 km Entfernung wahrnehmbar, führen können. Befindet sich eine derartige zentrale Kläranlage in einem völlig entlegenen Gelände, von jeglichem Verkehr ganz abgeschlossen, so werden diese Mißstände ohne Bedeutung sein; steht aber ein so völlig isoliertes Gelände nicht zur Verfügung, — sei es, daß die Gegend zu stark bevölkert ist oder, um ein solches zu erreichen, das Abwasser zu weite Strecken fortgeleitet werden müßte und infolgedessen besondere Kosten durch Fortleitung des Abwassers erwachsen würden —, so wird man eben eine Reinigungsart mit gesonderter Schlammbehandlung wählen müssen, bei dem die Abwässer noch als Frischwasser aus der Vorreinigung auf die Tropfkörper treten, nämlich Emscherbrunnen, Travisanlagen, Stiagbrunnen, Neustädter Doppelbecken oder diesen verwandte Kläranlagen.

Im übrigen werden noch verschiedene Mittel empfohlen zur Verhütung des Auftretens unangenehmer Gerüche, z. B. Behandlung der Faulraumabflüsse mit Chlorkalk zur Desodorisierung des Abwassers, Behandlung mit Nitraten, Rotierenlassen des Sprinklers dicht über der Material-Oberfläche, da das faulige Abwasser zu riechen aufhört, sowie es sich im Material befindet. Indes sind diese Mittel zum Teil unzuverlässig, zum Teil auch nicht viel billiger als ein Absitzverfahren mit getrennter Schlammbehandlung, da auch bei ihrer Anwendung besondere Einrichtungen mit aufmerksamer Bedienung notwendig sind.

Was den Reinigungserfolg anlangt, der bei richtig aufgebauten Tropfkörpern erzielt werden kann, so muß er als ein durchaus befriedigender bezeichnet werden, insofern die

Ablässe ihre Fäulnisfähigkeit vollkommen verloren haben. Um diesen Erfolg dauernd zu gewährleisten, ist allerdings auch eine entsprechende Bedienung der Anlage notwendig, damit alle im Betriebe im Laufe der Zeit sich ergebende Uebelstände wie Verstopfung der Drehsprenger, Streudüsen, Verteilungsrinnen etc. durch Pilzwucherungen, Verschlammung der Deckschichte usw., rechtzeitig vermieden werden.

Einen Schönheitsfehler weisen die Abflüsse allerdings auch bei den best betriebenen Anlagen auf; sie enthalten nämlich suspendierte Stoffe, die von dem Tropfkörpermaterial mit dem Abwasser von Zeit zu Zeit weggespült werden und zum Teil aus humusartigen Stoffen, zum Teil aus Würmern, Larven und Käfern usw. bestehen, die im Oxydationskörper an der Aufzehrung der vom Material durch Absorption des Abwassers entzogenen Substanzen mit gearbeitet haben.

Diese Sedimente lassen sich leicht durch grobkörnige Filter, z. B. aus großen Ziegelsteinbrocken, zurückhalten; die Filter werden den Tropfkörpern, wenn der Vorfluter es erfordert, als sogenannte Verschönerungsfilter nachgeschaltet. Ab und zu werden zur Nachreinigung auch Absitzbecken angelegt; selbst Emscherbrunnen u. a. sind den Anlagen schon vor und nachgeschaltet worden.

In Tropfkörperanlagen, die eine sehr feine Deckschicht haben, ist übrigens die Menge solcher Sedimente in den Abflüssen eine wesentlich geringere, sodaß es wohl nur unter ganz besonderen Umständen einer nochmaligen Nachreinigung bedarf.

So viel über die künstlichen biologischen Körper.

Eine weitere neuzeitige biologische Reinigungsart der Abwässer ist die Reinigung in Fischteichen.

In Berlin, Dortmund, Münster werden schon seit längerer Zeit die Abflüsse aus Rieselfeldern zur Nachreinigung in Teiche geleitet, die mit Fischen besetzt werden, auch hinter künstlich biologische Körper sind Fischteiche angeschlossen worden.

Prof. Hofer in München hat dann vorgeschlagen auch Abwasser, dem nur die suspendierten Stoffe zu ca. 50—70 % ihrer Gesamtmenge entzogen sind, zur Reinigung in Fischteiche zu leiten. Voraussetzung eines erfolgreichen Betriebes ist hier, daß das aus der Kläranlage ausströmende Schmutzwasser mit ca. 2—3 Teilen reinen Wasser gemischt, also entsprechend verdünnt wird. Zur Reinigung der Abwassermenge von 2000—3000 Einwohnern ist ein Gelände von 1 Hektar notwendig. Die Leistung ist also größer als beim Rieselverfahren, bei dem höchstens die Abwässer von 200 Personen, bei vorhergehender Reinigung vielleicht 1000 Personen pro Hektar dauernd erfolgreich gereinigt werden können; dagegen ist sie geringer als beim Tropfverfahren. Es ist hier aber zu berücksichtigen, daß durch die Fischzucht Werte geschaffen werden, beim Tropfverfahren dagegen nicht. Der Ertrag der Fischweiher darf auf 10 Ztr. Karpfen pro Hektar, also immerhin auf etwa 650 M. angesetzt werden.

Der Reinigungserfolg ist bei genügender Verdünnung des Abwassers und richtigem Betriebe — namentlich muß der Sauerstoffgehalt des Teiches ständig kontrolliert werden — ein befriedigender, der Gehalt an organischem Stickstoff wird um 80 % herabgesetzt.

Um die Nachteile zu verhüten, welche die in solchen Teichen sich gern entwickelnden Schlingpflanzen bringen, wird das Einsetzen von Enten empfohlen.

Da die Abwässer stark verdünnt werden, es auch niemals zu einem Fäulnisprozeß in den Teichen bei richtigem Betriebe kommen kann, so wird auch das Fischfleisch keinen unangenehmen Geschmack annehmen und der Widerwille gegen den Genuß derartigen Fischfleisches wohl kein Hindernis für den Abnehmer bilden, zumal man ja nie weiß, woher der Fisch, den man bezieht, gerade stammt.

Wo genügendes Gelände zur Anlegung von Fischteichen und genügende Menge reinen Wassers zur Verfügung stehen, wird man also im gegebenen Fall immerhin erwägen, ob es rentierlicher ist, nach einer mechanischen Kläranlage, z. B. nach Emscherbrunnen, die weiter erforderliche biologische Reinigung in einer Tropfkörperanlage oder in Fischteichen vorzunehmen.

Bei den bisher besprochenen Kläranlagen waren vor allem zentrale Kläranlagen für ganze Ortschaften oder wenigstens größere Bezirke solcher ins Auge gefaßt; daneben werden in neuerer Zeit auch vielfach noch **lokale Kläranlagen** geschaffen, die nur die Abwässer eines einzelnen Hauses oder kleiner Häusergruppen zu reinigen haben. Gegen die Zulassung solcher lokalen Kläranlagen werden von verschiedenen Seiten Bedenken erhoben; ich selbst habe ihnen gegenüber früher ebenfalls einen mehr ablehnenden Standpunkt eingenommen und dies auch in meiner Abhandlung über Hauskläranlagen in der „Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ 1910 offen zum Ausdruck gebracht, da sie den zentralen Anlagen sicherlich nachstehen; denn bei diesen Hauskläranlagen haben wir immer noch die Abortgruben — diese schmutzigen Wassersäcke im Rücken der Häuser, wie Pettenkofer sie einst nannte — und mit ihnen alle die daran haftenden Mißstände in unmittelbarer Nähe der Wohnungen. Ich hob bereits damals hervor, daß, wo durch deren Verhinderung die Schaffung einer guten Kanalisation mit zentraler Kläranlage beschleunigt werden könnte, der Bau lokaler Anlagen nicht begünstigt werden sollte.

Indes gibt es vielfach Verhältnisse, die unbedingt zu lokalen Kläranlagen als dem kleineren Uebel greifen heißen, z. B. sobald in einem Hause Abortspülung eingeführt ist, aber eine systematisch angelegte Kanalisation zur Abschwemmung der Fäkalien im allgemeinen ermangelt.

Die außerordentliche Verteuerung der Grubenentleerung infolge ihrer raschen Füllung bei Abortspülung reizt erfahrungs-

gemäß die Hausbesitzer, diese Gruben mit einem versteckten Ueberlauf zu versehen, aus dem dann die schmutzigen Ueberwasser ohne jegliche Reinigung in den Kanal gelangen, oder den Grubeninhalt von Zeit zu Zeit von dem Dienstpersonal nächtlicherweise unbemerkt in den Kanal abpumpen zu lassen.

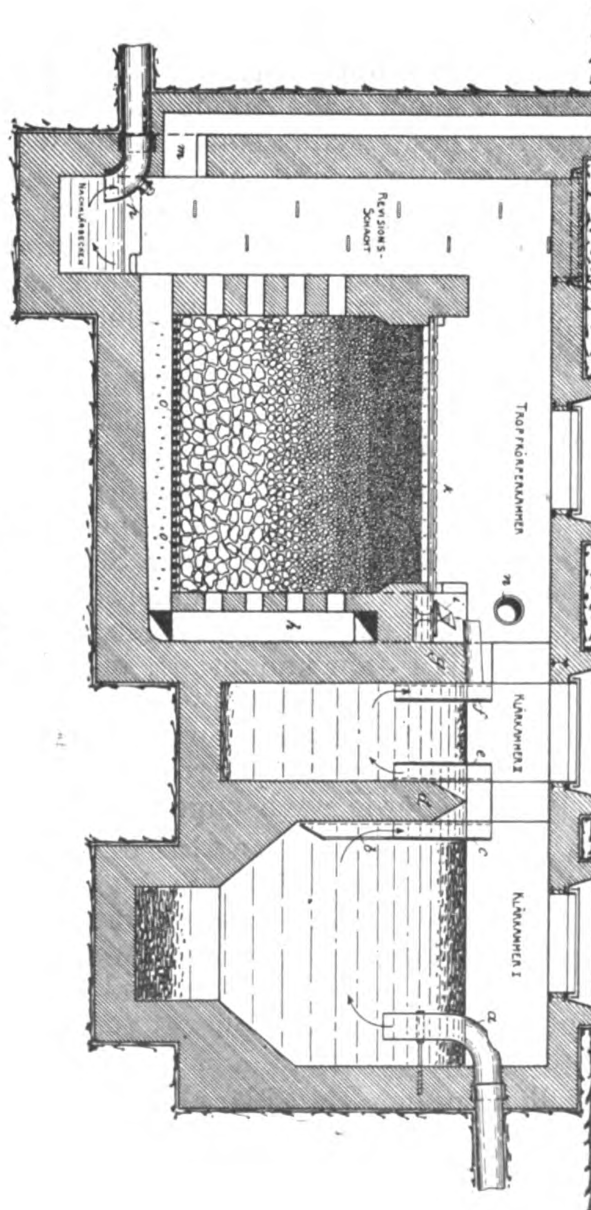
Prof. Dr. Thumm in Berlin, mit dem ich Gelegenheit hatte, die Abwasserbehandlung in Kläranlagen näher zu besprechen, empfiehlt, daß man in Städten ohne Schwemmkanalisation die Abortspülung überhaupt verhindern soll, weil sonst die Herstellung einer Kanalisation mit zentraler Kläranlage verzögert würde. Dieser Auffassung kann ich jedoch nicht voll beipflichten; denn wir sind an die Vorteile der Abortspülung doch zu sehr gewöhnt, als daß wir sie gegen die Mängel von Trocken-Klosetts, z. B. mit Torfmull, nochmals vertauschen möchten. Der Gefahr der Verschleppung oder Verhinderung der Anlage einer Kanalisation mit zentraler Kläranlage läßt sich übrigens, soweit hier Abortspülung in Frage kommt, ganz wohl auf andere Weise begegnen: Man braucht nur bezüglich der Reinigung der Abortabwässer in lokalen Kläranlagen Anforderungen stellen, die sich nur in ganz gut hergestellten biologischen Tropfkörpern erzielen lassen; es erwachsen dann für deren Anlage immerhin soviel Kosten, daß die Hausbesitzer der Einführung der Schwemmkanalisation mit zentraler Kläranlage niemals hindernd im Wege stehen werden. Diese Erfahrung war wenigstens in Fürth zu machen; dort wird seit 1 Jahr kanalisiert, obwohl oder vielleicht weil die Abortspülung in den letzten Jahren stark zugenommen hat; bezüglich der Reinigung der Abortabwasser waren von mir aber ziemlich hoch gehende Anforderungen gestellt, denen der Magistrat als Polizeibehörde auch zugestimmt hat.

Was nun die Art der Kläranlage bei diesen lokalen Anlagen betrifft, so ist eine Methode zu wählen, die ohne eine besondere Bedienung einen ausreichenden Reinigungserfolg gewährleistet. Dies ist, wenn fäulnisunfähige Abflüsse erzielt werden sollen, einzig und allein beim Tropfverfahren möglich, dem Faulkammern zur Vorreinigung des Abwassers vorgelagert werden.

Die Einzelheiten der Hauskläranlagen habe ich 1910 in der „Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ eingehend dargelegt, bei der knappen Zeit ist es mir nicht möglich nochmals darauf zurückzukommen; ich erlaube mir deshalb auf meine obenerwähnte Abhandlung hinzuweisen. Erwähnt sei hier nur, daß es bei gut hergestellten Hauskläranlagen sehr wohl gelingt, fäulnisunfähige Abflüsse zu erreichen.[1])

[1]) Die Fäulnisfähigkeit wird geprüft, indem man die zu prüfenden Proben sowohl in offenen, als in geschlossenen Flaschen unter Lichtabschluß bei 22° C. aufbewahrt. Nach 5 und nach 10 Tagen wird ermittelt, ob unangenehme Gerüche aufgetreten sind oder der Niederschlag unter Bildung

Die Hauskläranlagen (s. die nachstehenden Fig. XIII und XIV) werden, wie alle Kläranlagen in unmittelbarer Nähe der Wohngebäude, in den Untergrund versenkt, um Geruchsbelästigung und Fliegenplage hintanzuhalten.



Längsschnitt.

Fig. XIII. Biologische Hauskläranlage (System Georg-Neumeyer-Nürnberg).

von Schwefelwasserstoff sich schwarzgefärbt hat oder ob freier Schwefelwasserstoff gerochen werden kann. — Eine weitere Probe ist jene mit Methylenblaulösung. Ist das Abwasser fäulnisfähig, so entfärbt sich nach wenigen Stunden die beigegebene Methylenblaulösung durch Umsetzung in eine farblose Verbindung unter Einfluß des Schwefelwasserstoffes. Beim Vortrage wurden solche Proben von Abflüssen aus Emscherbrunnen und biologischen Hauskläranlagen vorgezeigt, erstere haben die Methylenlösung entfärbt, letztere nicht.

Die Anlage nach Stübinger (Fig. XIV) bezweckt zunächst in den beiden Absitzbecken (Faulkammern) eine möglichst ergiebige Trennung des Schlammes vom durch-

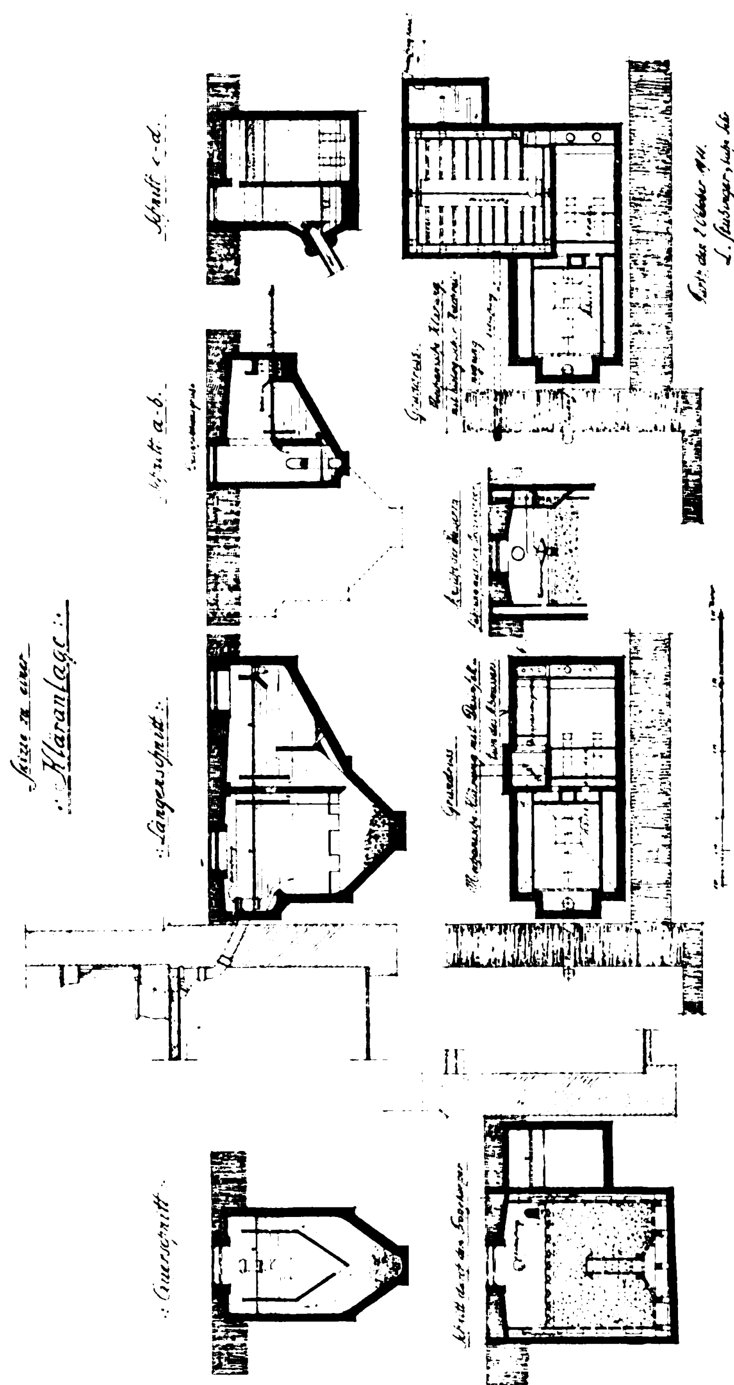


Fig. XIV. Hauskläranlage vom technischen Sekretär L. Stübinger des Stadtbauamts Fürth

fließenden Abwasser (Frischwasser) zu erzielen. Zu diesem Behufe erhalten die Wände eine Neigung von mehr als 45°; dadurch wird das Abrutschen des Schlammes gefördert. Der Schlamm gelangt aus den beiden Kammern in einen Schlammsumpf in der 1. Kammer, wodurch dann auch die

Schlammentleerung wesentlich erleichtert wird. Ein Vorsprung an der Vorderwand der 1. Kammer (s. Längsschnitt) verhindert, daß das eintretende Abwasser rasch zu Boden stürzt und den dort befindlichen Schlamm aufwirbelt. Zur Abtrennung des abgeschiedenen Schlammes von dem Frischwasser ist eine Trennungsrinne bezw. Durchflußrinne in der ersten Kammer eingebaut (aus dem Querschnitt ersichtlich). Um den Uebertritt von Schlammteilen aus der 1. in die 2. Kammer zu verhindern, ist vor der Trennungswand zwischen diesen beiden Kammern eine Tauchwand angebracht; weitere Einbauten dieser Art finden sich in der 2. Kammer, um den Uebertritt von Schlamm auf den biologischen Tropfkörper und so eine Verschlickung von dessen Deckschicht hintanzuhalten. Um eine gleichmäßige Strömungsgeschwindigkeit in den Absitzbecken zu erzielen, ist der Querschnitt der Durchflußrinne und der 2. Kammer gleichgehalten. Den beiden Faulkammern ist ein Oxydationskörper nachgeschaltet, er ist aus der Zeichnung im Grundriß und Querschnitt ersichtlich; in letzterem ist besonders die Luftzufuhr von den Seiten und von unten erkenntlich gemacht.

Ein weiterer Querschnitt stellt die Aufleitung des Abwassers auf den Tropfkörper und zwar unter Anwendung einer Kipprinne dar.

In einem Grundriß ist eine zweikammerige Kläranlage mit einfach mechanischem Absitzverfahren aufgezeichnet, die gleiche Anlage, wie oben beschrieben, nur gehen hier die Abwässer aus der 2. Kammer nicht auf einen Tropfkörper, sondern in einen sog. Desinfektionsschacht und von da in den Kanal.

Nach der finanziellen Seite hin weist diese Art des Faulkammeranbaues den Vorteil auf, daß die Wände nicht in ganzer Ausdehnung gleich tief geführt werden müssen und somit an Erdarbeit und Baumaterial gespart wird.

Das wäre also das Wesentlichste was ich Ihnen über Abwasserkläranlagen innerhalb der mir zugemessenen Zeit vorzutragen vermochte; es wäre nur noch die Frage zu erörtern, welche von den erwähnten Klärungsarten eigentlich zu wählen ist?

Die Beantwortung dieser Frage kann natürlich nicht im allgemeinen, sondern immer nur von Fall zu Fall erfolgen. Die Entscheidung hängt hier in erster Linie von der Beschaffenheit des Vorfluters ab, und von dem Grade der Reinigung, den dieser erfordert.

Die Anschauungen über die Zulässigkeit der Einleitung von Abwässern und den zu fordernden Reinigungsgrad sind in der letzten Zeit wieder wesentlich milder geworden. Mit Rücksicht darauf, daß die Fortschwemmung der Schmutzstoffe aus den Städten für deren Assanierung von sehr großer Bedeutung ist, steht die weit überwiegende Mehrzahl der Hygieniker auf dem Standpunkt, die Reinigung der Abwässer nur mehr in

einem Grade zu verlangen, der unbedingt erforderlich ist, wobei ganz besonders darauf Rücksicht genommen wird, welchen Zwecken der Vorfluter zu dienen hat.

In dieser Beziehung wird man vom hygienischen Standpunkte zwar nicht verlangen, daß Flußwasser so rein bleibt, daß es als Trinkwasser brauchbar ist, aber bei der Einleitung von Abwässern wird man doch darauf Bedacht nehmen müssen, daß es zu Badezwecken verwendet werden kann.

Genügt es nach der Beschaffenhnit des Vorfluters, wenn bei der Reinigung nur den ästhetischen Rücksichten Rechnung getragen wird, wenn also dem Abwasser nur die grobsinnlich wahrnehmbaren Stoffe entzogen werden, so ist die Verwendung von Rechen- und Siebanlagen ausreichend.

Wo eine weitergehende Reinigung erforderlich ist, der Vorfluter aber noch Abwasser verarbeiten kann, auch wenn es seine Fäulnisfähigkeit nicht verloren hat, wird man das Absitzverfahren wählen, und zwar jenes mit gesonderter Schlammbehandlung, wobei noch unausgefaultes Abwasser in den Vorfluter gelangt und auch die Schlammversorgung eine wesentlich leichtere ist: Hier kommen die Emscherbrunnen, Travisbecken, Stiagbrunnen, Neustädter Doppelbecken und die ihnen verwandten Anlagen in Betracht.

Verlangt aber die Beschaffenheit des Vorfluters eine Reinigung, bei der dem Abwasser auch noch die Fäulnisfähigkeit genommen wird, so reicht das Absitzverfahren, auch jenes in Emscherbrunnen und dergl., nicht aus. Hier muß zur biologischen Klärung gegriffen werden, entweder mit Rieselfeldern — sei es dem alten Betriebe oder dem sog. Eduardsfelder Spritzverfahren gemäß —, oder zu der Bodenfiltration ohne landwirtschaftliche Ausnützung, oder zu künstlichen biologischen Körpern, dem Tropfverfahren, oder wenn die Verhältnisse hierzu günstig liegen, zur Anlegung von Fischteichen mit den entsprechenden Vorreinigungsanlagen.

Bezüglich der Einzelheiten der Klärungsart sollte man sich z. Z. auf ein bestimmtes System nicht festlegen, denn, wenn auch die allgemeinen Prinzipien über die jeweils zu wählende Methode — wenigstens hinsichtlich der Hausabwässer — feststehen, — die Frage der Klärung von Industrieabwässern steht der Lösung noch ferner —, so ist doch die technische Ausgestaltung der verschiedenen Kläranlagen noch keineswegs in ihrer Entwicklung zum Abschluß gebracht. Auch auf hygienischem Gebiete werden noch immer die Untersuchungen fortgesetzt. Nach dieser Richtung hin ist ganz besonders die frühere „Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserreinigung" tätig, die jetzt nach der Uebersiedlung in ihr neuerbautes groß angelegtes Institutsgebäude Berlin-Dahlem, Ehrenbergstr. 38/42[1])

[1]) Am besten zu erreichen von der Bahn-Station: Groß-Lichterfelde W. (Wannseebahn).

die Bezeichnung: „Kgl. Landesanstalt für Wasserhygiene“ erhalten hat. Obwohl eigentlich eine preußische Anstalt, nimmt sie auch außerhalb Preußens Untersuchungen von Kläranlagen vor.

Mit all den erwähnten Kläranlagen wird nur die beabsichtigte Reinigung der Abwässer erreicht, die Gefahren aber, die aus einer etwaigen Infektiosität der Abwässer sich ergeben, sind damit noch nicht beseitigt, es kann dies nur durch eine entsprechende **Desinfektion** geschehen.

Diese begegnet natürlich, wenn die Gesamtabwassermenge einer größeren Stadt erfolgreich desinfiziert werden soll, ganz besonderen Schwierigkeiten, weil die Vorrichtungen zu ihrem Betrieb recht kostspielig werden können. Schon die Anlage eines Desinfektionsbeckens, das notwendig ist, um darin eine ausreichende Berührung des Desinfektionsmittels mit dem Abwasser zu erzielen, erfordert bei einer größeren Abwassermenge nicht unerhebliche Kosten..

Man ist daher noch nicht einig darüber, ob man überhaupt auf einer derartigen zentralen Desinfektion bestehen soll — Professor Thumm z. B., mit dem ich vor einiger Zeit, wie schon angeführt, über die Abwasserfrage gesprochen, verlangt dies für besondere Fälle — oder ob man sich mit der Auflage begnügen soll, daß die fortlaufende Desinfektion am Krankenbette und die Schlußdesinfektion in sorgfältiger Weise ausgeführt wird sowie in Krankenanstalten noch besondere Vorrichtungen für Desinfektion der Abwässer vor ihrer Einleitung in die Kanäle geschaffen werden.

Wird eine zentrale Desinfektion verlangt, so erfolgt diese nach den bisherigen Untersuchungen am besten mit Chlorkalk in Lösungen von 1 : 2000 bei zweistündiger Einwirkungsdauer, dabei werden 79—88 % z. B. der Colibakterien vernichtet, bei Lösungen von 1 : 5000 62—64 %.

Bei der Desinfektion ist zu berücksichtigen, daß Chlorkalk in erster Linie auf nur frei in der Flüssigkeit schwebende Keime wirken kann, die Wirksamkeit aber eingeschränkt wird, wenn die Keime in gröbere Abwasserbestandteile eingeschlossen sind, man wird daher die Desinfektionseinrichtung der Kläranlage nachschalten, wobei es im Interesse der Fischzucht des Vorfluters oder des Fischteiches notwendig wird, den Chlorkalk nach erfolgter Desinfektion durch ein Fällungsmittel wieder auszuscheiden.

Dunbar läßt daher die Abwasserdesinfektion vor dem Aufleiten auf den Tropfkörper vornehmen, was nach seinen Erfahrungen, im Gegensatz zur Karbolsäure, Sublimat und ähnlichem, bei Chlor ohne Nachteil für die dort tätigen Bakterien geschehen kann, wenn der Oxydationskörper eine genügend feine Deckschicht hat, weil dort das Chlor oxydiert und unwirksam gemacht wird, in den tieferen Schichten somit die empfindlichen Salpetersäurebildner entwicklungsfähig bleiben.

Was endlich die **Kosten** der verschiedenen Klärarten betrifft, so ist ein Vergleich zwischen verschiedenen Methoden sehr schwierig, eigentlich geradezu unmöglich. Berechnet man nämlich die Kosten auf das cbm Abwasser oder auf die Kopfzahl der Einwohner, so hat man damit noch keine Vergleichswerte erhalten; denn dabei ist ja der Reinigungsgrad des Abwassers, der jeweils erreicht wird, nicht mit berücksichtigt.

Auch die Berechnung der Kosten auf die Menge des beim Verfahren ausgeschiedenen Schlammes gibt keine Vergleichswerte, da die Menge des ausgeschiedenen Schlammes noch nicht den wirklichen Wert einer Anlage bedingt; es kommt vielmehr noch auf dessen Beschaffenheit an. So kann man sicher beim chemischen Fällungsverfahren eine größere Menge Schlamm um einen geringeren Einheitspreis ausscheiden als beim biologischen Verfahren; bei der Beschaffenheit des dort ausgeschiedenen Schlammes ist aber damit keinerlei Vorteil erreicht.

Man kann bei dieser Lage der Dinge immer nur die Kosten von Kläranlagen einander gegenüberstellen, die hinsichtlich der Reinigung des Abwassers usw. wenigstens annähernd gleiche oder doch ähnliche Verhältnisse aufweisen, und dann die Kosten der einzelnen Systeme bei deren Wahl als Grundlage berücksichtigen.

Ich will daher hier nur der Vollständigkeit halber einige Angaben über die Kosten von einzelnen Kläranlagen machen:

Die einfachste Art der Klärung, die nur den ästhetischen Rücksichten Rechnung trägt, nämlich die mittels Sandfang, Rechen, Gitter und Siebanlagen, verursacht in größeren und mittleren Städten für den Betrieb einen ungefähren Kostenaufwand von 10—20 Pf. pro Kopf und Jahr. Bei einer Stadt mit 100000 Einwohner beträgt dies im Jahr 10—20000 Mk., bei Verbesserung der Technik werden die Kosten in Zukunft wohl noch geringer werden. Dazu kommen dann die einmaligen Anschaffungskosten.

Das Absitzverfahren, das ungefähr 146 l Schlamm pro Kopf und Jahr ausscheidet, verursacht etwa 31 Pf. Betriebskosten pro Kopf und Jahr. Das wäre für eine Stadt von 100000 Einwohner 31000 Mk.

Das Faulverfahren stellt sich im Betriebe wesentlich billiger und bietet dabei den Vorteil erheblich geringerer und leicht drainierbarer Schlammengen.

Bei gesonderter Schlammbehandlung z. B. bei Emscherbrunnen, kommen die Baukosten auf 1,6—3,00 Mk. pro Kopf; in einer Stadt von 100000 Einwohnern also auf 160000 bis 300000 M. Kleinere Anlagen sind etwas kostspieliger zu bauen; die Fürther Anlage mit einem Abwasserfassungsvermögen für 5000 Einwohner kostet z. B. ca. 33000 Mk., also 6,5 Mk. pro Kopf. Der Betrieb wird in der Regel auf 10—20 Pf. pro Kopf und Jahr gerechnet, also bei 100000 Einwohnern 10—20000 Mk.

Die Kosten des chemischen Fällungsverfahrens schwanken in sehr weiten Grenzen; sie werden angegeben zwischen 12 Pf.

und 1,50 Mk. pro Kopf und Jahr. Das würde bei einer Stadt mit 100000 Einwohnern 12000—150000 Mk. betragen. Leipzig rechnet 75 Pf. pro Kopf und Jahr; das macht für diese Stadt einen jährlichen Aufwand von ca. 450000 Mk.

Die Kosten des biologischen Reinigungsverfahrens in künstlichen biologischen Körpern, berechnen sich nach Imhof auf 50 Pf.—1,10 Mk. bei Städten mit 10000—50000 Einwohnern, bei kleineren Städten auf ca. 4,00 Mk. Bei einer Stadt mit 100000 Einwohnern würde der Betrieb auf 50000—110000 Mk. im Jahre kommen. Die Anlagekosten schwanken bei größeren Städten zwischen 4—10 Mk. pro Kopf, bei kleineren Städten unter 10000 Einwohner zwischen 20 und 100 Mk. Für eine Stadt mit 100000 Einwohnern kommt also der Bau einer völlig einwandfreien künstlich-biologischen Kläranlage durchschnittlich auf ungefähr 600000 bis 700000 Mk.

Bei Hauskläranlagen schwanken die Anlagekosten auch zwischen 20—100 Mk. In Fürth berechnet sich der Durchschnittspreis einer Anlage auf ca. 25—30 Mk. pro Hausbewohner, selten darüber, so daß eine Anlage für ein Haus mit 60—70 Personen auf 1500—2100 Mk. zu stehen kommt. Die Hausbesitzer übernehmen jedoch willig die Kosten für die Einrichtung einer solchen Kläranlage, weil die Verzinsung nebst Betriebsauslage immer noch geringer sind als die Kosten für die bei Wasserspülung so häufig notwendige pneumatische Gruben-Entleerung.

Wie man sieht, sind es ganz ansehnliche Werte, welche die Herstellung und der Betrieb von Kläranlagen verschlingen; man muß aber, abgesehen von den hygienischen Vorzügen, berücksichtigen, daß damit die Kosten für die Herstellung und Unterhaltung der einzelnen Abortgruben und für die Abfuhr der Fäkalien, die mit der Vergrößerung einer Stadt immer höher werden, in Wegfall kommen.

Damit wäre ich am Schlusse meiner Erörterungen angelangt. Ich bin mir der Mängel des Vortrages sehr wohl selbst bewußt; es ist eben nicht leicht, einen Gegenstand, über den oft ganze Bücher geschrieben werden und der in einer Reihe von Vorlesungen behandelt zu werden pflegt, in dem engbegrenzten Rahmen eines Versammlungsvortrages ausreichend und wirklich nutzbringend zu behandeln.

Sollte es mir trotzdem gelungen sein, Ihr Interesse für eine Frage neu zu beleben, mit der der Amtsarzt voll vertraut sein muß, um den nach dem Wassergesetz und nach seiner Dienstanweisung ihm zufallenden Aufgaben als Gutachter und Aufsichtsorgan über Kläranlagen gerecht zu werden, und gegenüber dem Spezialtechniker die erforderliche Selbständigkeit seines Urteils sich zu wahren, so wäre immerhin der wesentlichste Zweck meiner Ausführungen erreicht.

(Lebhafter Beifall.)

V. Schluss der Versammlung.

Vorsitzender: Da sich zu dem Vortrag des Herrn Med.-Rates Dr. Spaet niemand zum Worte meldet, habe ich die angenehme Pflicht, dem Vortragenden herzlich zu danken für die klaren Ausführungen die er uns dargeboten und an der Hand von Lichtbildern und Modellen erläutert hat.

Ich möchte, ehe wir auseinandergehen, weiterhin nicht verfehlen, unseren Dank dem hiesigen Lokalkomitee zum Ausdruck zu bringen, für die vorzügliche Vorbereitung der Versammlung.

Ich gebe ferner bekannt, daß von seiten der Herren Kollegen in der Pfalz ein Antrag eingelaufen ist, die nächste Versammlung in der schönen Pfalz abzuhalten. Die gestrige Vorstandssitzung hat sich dahin ausgesprochen, daß es erwünscht sei, auch einmal unsere bayerischen linksrheinischen hygienischen Einrichtungen, die aus anderen Verhältnissen heraus entstanden sind, zu Gesicht zu bekommen. Wir bitten Sie, die Vorstandschaft zu ermächtigen, die nächste Landesversammlung in Neustadt a. H. abzuhalten.

Med.-Rat Dr. **Alafberg**, Bez.-Arzt in Ludwigshafen: Ich bin speziell beauftragt, Sie zu bitten, einmal in die Pfalz hinüberzukommen. Sie werden sich sicher bei uns sehr wohl fühlen und wir können Ihnen vieles bieten, was Sie interessieren wird.

Vorsitzender: Es scheint sich gegen den Vorschlag, die nächste Versammlung in der Pfalz abzuhalten, von keiner Seite ein Widerspruch zu erheben; die Vorstandschaft wird gegebenenfalls die nötigen Schritte einleiten.

Med.-Rat Dr. **Wetzel**, Bezirksarzt in Nürnberg: Unser neuer Landesvorsitzender hat die Verhandlungen in einer so vorzüglichen Weise geleitet, daß ich mich verpflichtet fühle, ihm in Ihrem Namen herzlichsten Dank auszusprechen. (Bravo!) Ich entnehme diese Legitimation den Aeußerungen, welche verschiedene Herren mir gegenüber ausgesprochen haben. Ihr Beifall überzeugt mich, daß Sie mir zustimmen.

(Allseitige Zustimmung.)

Vorsitzender: Ich danke Herrn Med.-Rat Wetzel für seine freundlichen Worte, die mir eine neue Aufmunterung sein sollen, meine freie Zeit in den Dienst des bayerischen Medizinalbeamtenvereins zu stellen.

Ich schließe die heutige Versammlung und wünsche den Herren Kollegen ein frohes Mahl.

An die Versammlung schloß sich ein gemeinsames **Mittagessen** im Künstlerhaus an. Im Verlaufe des Nachmittags wurden in Gruppen **besichtigt** das neuerbaute städtische **Krematorium** auf dem Westfriedhof und die **Emscher Brunnenanlage** an dem gegenüberliegenden linken Pegnitzufer.



Verzeichnis

der

Teilnehmer an der X. Landesversammlung

des

Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

zu

Nürnberg

am 20. und 21. Juni 1913.

---

1. Herr Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné,
2. „ „ Dr. L. Huber,
3. „ Bezirksarzt Dr. Gebhardt, Hilfsarbeiter im Staatsministerium des Innern
   (1.–3.: als Vertreter des K. Staatsministeriums.)
4. „ Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Messerer, als Vertreter der K. Kreisregierung von Oberbayern.
5. „ Reg.- u. Med.-Rat Dr. Neidhardt (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung von Niederbayern.
6. „ „ Dr. Burgl (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung der Oberpfalz.
7. „ „ Dr. Obermayr (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung von Oberfranken.
8. „ „ Dr. Miller (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung von Mittelfranken.
9. „ „ Dr. Egger (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung von Unterfranken.
10. „ „ Dr. Utz (Mitglied) als Vertreter der K. Kreisregierung von Schwaben und Neuburg.
11. „ Rechtsrat Häublein als Vertreter der Stadt Nürnberg.
12. „ Reg. u. Med.-Rat Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.
13. „ Dr. Mainzer als Vertreter des ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg.
14. „ Krankenhausdirektor Prof. Dr. Müller als Vertreter des ärztlichen Vereins Nürnberg.

Außerdem folgende Mitglieder:

I. Oberbayern.

15. Dr. Auer, Bezirksarzt in Rosenheim.
16. - Brinnsteiner, Bezirksarzt in Landsberg.
17. - Brodführer, Bahnarzt in Schliersee.
18. - Dollmann, prakt. Arzt in München.
19. - Krebs, Bezirksarzt in Bad Aibling.
20. - Marzell, Bezirksarzt in München.
21. - Rauh, Bezirksarzt in Erding.
22. - Richter, außerordentl. Professor d. gerichtl. Medizin u. Landgerichtsarzt in München.
23. - Schoen, Bezirksarzt in Ingolstadt.
24. - Seiderer, Bahnarzt in Ingolstadt.

II. Niederbayern.

25. Dr. Aldinger, Bezirksarzt in Viechtach.
26. - Bernhuber, Bezirksarzt in Vilsbiburg.
27. - Hoepfel, Bezirksarzt in Rottenburg a. L.
28. - Niedermeier, Bezirksarzt in Pfarrkirchen.
29. - Schub, Bezirksarzt in Vilshofen.
30. - Sitzberger, Bezirksarzt in Eggenfelden.
31. - Steinhuber, Bezirksarzt in Passau.
32. - Westermayer, Bezirksarzt in Freyung v. Wald.

III. Pfalz.

33. Dr. Alafberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ludwigshafen.
34. - Clessin, Bezirksarzt in Germersheim.
35. - Faber, Landgerichtsarzt in Zweibrücken.
36. - Franz, Landgerichtsarzt in Frankenthal.
37. - Karrer, Med.-Rat, Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt Klingenmünster.
38. - Kühn, Landgerichtsarzt in Kaiserslautern.
39. - Müller, Bezirksarzt in Homburg.

IV. Oberpfalz.

40. Dr. Bauer, Bezirksarzt in Neunburg v. Wald.
41. - Boecale; Bezirksarzt in Regensburg.
42. - Deppisch, Bezirksarzt in Cham.
43. - Kaspar, Bezirksarzt in Neustadt (Waldnaab).
44. - Schmidt, Bezirksarzt in Nabbing.
45. - Steichele, Bezirksarzt in Amberg.
46. - Steininger, Bezirksarzt in Stadtamhof.

V. Oberfranken.

47. Dr. Blumm, Bahnarzt in Bayreuth.
48. - Buck, Bezirksarzt in Forchheim.
49. - Bullinger, prakt. Arzt in Burkundstadt.
50. - Dietsch, Bezirksarzt in Hof.
51. - Ernst, Hilfsarzt in Hof.
52. - Flasser, Bezirksarzt in Pegnitz.
53. - Franke, bezirksärztl. Stellvertreter in Kirchenlamnitz.
54. - Heißler, Bezirksarzt in Bayreuth.
55. - Hinker, Bezirksarzt in Rehau.
56. - Hofmann, Bezirksarzt in Naila.
57. - Kahlert, Bahnarzt in Hof.
58. - Ruß, Landgerichtsarzt in Hof.
59. - Sauerteig, Bezirksarzt in Münchberg.
60. - Schneller, Bezirksarzt in Bamberg.
61. - Schroen, bezirksärztl. Stellvertreter in Weidenburg.
62. - Schultz, Bezirksarzt in Teuschnitz.
63. - Uebl, Bezirksarzt in Berneck.
64. - Wild, Bezirksarzt in Wunsiedel.
65. - Zinn, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bamberg.

VI. Mittelfranken.

66. Dr. Albrecht, prakt. Arzt in Scheinfeld.
67. - Aschenbrenner, Bezirksarzt in Weißenburg.
68. - Bauer, prakt. Arzt in Erlangen.
69. - Baumann, Landgerichtsarzt in Fürth.
70. - Bischoff, Bezirksarzt in Erlangen.
71. - Burkhardt, landg. Hilfsarzt und Bahnarzt in Nürnberg.
72. - v. Ebner, Hilfsarzt und prakt. Arzt in Nürnberg.
73. - Federschmidt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.
74. - Glauning, Bahnarzt in Nürnberg.
75. - Goehring, Bezirksarzt in Rothenburg a. T.
76. - Goppelt, prakt. Arzt in Treuchtlingen.

77. Dr. Hertel, Bezirksarzt in Scheinfeld.
78. - Hoffmann, Bezirksarzt in Uffenheim.
79. - Knehr, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
80. - Kreutz, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
81. - Mayer, Bezirksarzt in Hersbruck.
82. - Merkel, Bezirksarzt in Nürnberg.
83. - Pürkhauer, Bezirksarzt in Dinkelsbühl.
84. - Raab, Bezirksarzt in Ansbach.
85. - Reichold, Bahnarzt in Lauf a. Pegnitz.
86. - Schelle, Bezirksarzt in Neustadt a. Aisch.
87. - Schlier, Bezirksarzt in Lauf a. Pegnitz.
88. - Schwink, Landgerichtsarzt in Ansbach.
89. - Spaet, Med.-Rat, Bezirksarzt in Fürth.
90. - Stark, Stadtarzt in Fürth.
91. - Wetzel, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.

VII. Unterfranken.

92. Dr. Baumgart, Bezirksarzt in Miltenberg.
93. - Becher, bezirksärztl. Stellvertreter in Schöllkrippen.
94. - Brugger, Bezirksarzt in Ochsenfurt.
95. - Gutermann, Bezirksarzt in Alzenau.
96. - Hoerger, Bezirksarzt in Marktheidenfeld.
97. - Kihn, Bezirksarzt in Schweinfurt.
98. - Kraus, Landgerichtsarzt in Schweinfurt.
99. - Kundmüller, Bezirksarzt in Hofheim.
100. - Preißendörfer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Lohr.

VIII. Schwaben.

101. Dr. Beltinger, prakt. Arzt in Nördlingen.
102. - Borger, Bezirksarzt in Illertissen.
103. - Bschorer, Bezirksarzt in Memmingen.
104. - Frickhinger, Bezirksarzt in Augsburg
105. - Graßl, Med.-Rat in Kempten.
106. - Heinsen, Landgerichtsarzt in Augsburg.
107. - Hug, Bezirksarzt in Donauwörth.
108. - Krämer, Bezirksarzt in Nördlingen.
109. - Nothaaß, Bezirksarzt in Günzburg.
110. - Rohmer, Bezirksarzt in Lindau.
111. - Schmitt, Bezirksarzt in Füssen.
112. - Schuster, Polizeiarzt in Augsburg.
113. - Sendtner, Bezirksarzt in Augsburg.
114. - Stömmer, Bezirksarzt in Dillingen.



ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund,
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen, Braunschweigischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

XXVI. Jahrgang. 1913.

Zweite Beilage:
Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.



Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Rechtsprechung.

1. Entscheidungen des Reichsgerichts.

				Seite.
1912.	4.	März	: Berechtigung zum Erlasse amtlicher Warnungen	161
„	27.	Juni	: Schadenersatzpflicht bei Verwechslung von Arzneimitteln	40
„	1.	Okt.	: Schadenersatzpflicht bei Gesundheitsbeschädigungen durch Röntgenstrahlen	14
„	5.	Nov.	: Fahrlässige Tötung durch eine Hebamme	17
„	5.	„	: Irreführende Angaben eines Arztes über seine Ausbildung	15
„	12.	„	: Unrechtmäßige Bezeichnung als „Apotheker“	9
„	15.	„	: Fahrlässige Tötung durch eine Naturheilgehilfin	38
„	22.	„	: Verordnung von Ersatzpräparaten durch Kassenärzte	39
„	17.	Dez.	: Ehrenwort eines Arztes und vorzeitige Kündigung eines Vertrages mit der Krankenkasse	16
1913.	11.	Jan.	: Probat ist dem freien Verkehr nicht überlassen	40
„	11.	„	und 20. Febr.: Unzulässige Ankündigung von „Probat Marke Bosatis“ und Amol; Berechtigung zur Stellung des Strafantrages	91
„	17.	„	: Der Hallesche Krankenkassen- und Aerztestreit	69
„	22.	„	: Schadenersatzpflicht des Arztes bei fehlerhafter Behandlung	78
„	18.	Febr.	: Ausstellung antikonzeptioneller Mittel in Schaufenstern	92
„	20.	„	: Ankündigung von Amol als unlauterer Wettbewerb; Berechtigung jedes Arztes zur Stellung eines Strafantrags	173
„	18.	März	: Haftpflicht für Unfälle in Irrenanstalten	189
„	24.	April	: Schadenersatzanspruch für einen bei Gelegenheit eines Krankenbesuches erlittenen Unfall	142
„	6.	Juni	: Fruchtwein	219
„	17.	„	: Begriff „Schaumwein“	219
„	4.	Juli	: Haftung für die Folgen einer Operation verneint	217
„	8.	„	: Unlauterer Wettbewerb durch marktschreierische Reklame	174
„	8.	„	: „Invert-Farbzucker dunkel“ ist ein unzulässiger Bierzusatz	202
„	9.	„	: Anpreisung wertloser Heilmittel als Betrug	195
„	9.	„	: Haftpflicht für Gesundheitsbeschädigung im Krankenhause	265
„	10.	„	: Aerztliche Verordnung ungeschützter Ersatzpräparate	190
„	11.	„	: Naturheilkundiger als Geburtshelfer. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung	190
„	20.	Sept.	: Körperverletzung infolge Röntgenbehandlung	265
„	27.	„	: Verrufserklärung eines Arztes	257
„	23.	Okt.	: Hausierhandel mit antikonzeptionellen Mitteln	266
„	30.	„	: Kassenärztliche Vereine sind rechtsfähig	277
„	6.	Nov.	: Unvorsichtiges Verfahren mit Röntgenstrahlen	269
„	3.	„	: Fälschung eines Rezeptes als Urkundenfälschung	279
„	10.	„	: Unlauterer Wettbewerb durch Reklame	270
„	21.	„	: Gebührenanspruch bei weitergehenden Operationen	279

2. Entscheidungen des Königl. Preußischen Kammergerichts, sowie anderer Preußischen Oberlandesgerichte und Landgerichte.[1]

				Seite.
1912.	11.	März:	Schiebladen mit abgefaßten Arzneimitteln	18
„	20.	Sept.:	Begriff „Vorbesuche“	13
„	3.	Okt.:	Rechtsungültigkeit einer die Hebammen zur Teilnahme an Fortbildungskursen verpflichtenden Polizeiverordnung	64
„	8.	„ :	Gebühren des zweiten Obduzenten für Obduktionsberichte oder Gutachten (L. G. Aurich)	9
„	2.	Nov.:	Gebühr für empfangene Vorbesuche (L. G. Berlin)	1
„	11.	„ :	Genehmigung zum Gifthandel der Leiter von Filial-Drogengeschäften	10
„	17.	„ :	Prahlerische Ankündigung einer Heilmethode durch Aerzte	15
„	18.	„ :	Bezeichnung „Zahnarzt“ durch Dentisten	37
1913.	6.	Jan.:	Handverkauf von Spiritus durch Apotheker	40
„	9.	„ :	Führung eines Tagebuchs, Anmeldung von Kindbettfieber durch Hebammen	260
„	23.	„ :	Polizeiverordnungen über die „Echtheit“ der in Drogenhandlungen feilgehaltenen Arzneimittel	125
„	13.	Febr.:	Vertreiben nicht freigegebener Arzneimittel durch Agenten	125
„	15.	„ :	Gebühren für Untersuchungen bei Erstattung von schriftlichen Gutachten (O. L. Naumburg)	77
„	17.	„ :	Aerztliche Meldepflicht beim Wohnungswechsel	161
„	7.	März:	„Ausführlicher Krankheitsbericht“ oder „begründetes Gutachten“ im Sinne der Gebührenordnung (L. G. Magdeburg)	218
„	15.	„ :	Operation eines Minderjährigen ohne Genehmigung	229
„	17.	„ :	Unzulässige Ankündigung des „Radikal-Katheter“	122
„	27.	„ :	Verbot der Ankündigung nicht freigegebener Arzneimittel durch Apotheker. Thieme-Thee ist Heilmittel	125
„	3.	April:	Verkauf von Speiseeis an Kinder	191
„	4.	„ :	Eintragung kassenärztlicher Vereine ins Vereinsregister	138
„	24.	„ :	Unbefugte Beilegung eines arztähnlichen Titels	136
„	24.	„ :	Begriff „Desinfektionsmittel“	202
„	24.	„ :	Blutreinigungstee nicht freigegeben	202
„	28.	„ :	Abgabe von Arzneimitteln seitens eines Vereins	192
„	5.	Mai:	Zeitliche Beschränkung des Bauens in einem Seebade	162
„	22.	„ :	Kola-Dultz als Heilmittel nicht freigegeben	202
„	26.	„ :	Briefliche Raterteilung als öffentliche Ankündigung von Heilmitteln	175
„	5.	Juni:	Prahlerische Anpreisung	219
„	9.	„ :	Schillings Kräuterwein nicht freigegeben	175
„	9.	„ :	Diachylon-Wundpuder wegen Bleigehalts nicht freigegeben	202
„	9.	„ :	Laxin- und Vincokonfekt nur als Heilmittel freigegeben	202
„	9.	„ :	Coryfinbonbons dem freien Verkehr nicht überlassen	202
„	12.	„ :	Bezeichnung abgefaßter Azrneimittel	175
„	2.	Juli:	Schadenersatz wegen angeblichen Kunstfehlers (O. L. Hamm)	258
„	14.	„ :	Pfarrer Kneipp-Pillen nicht freigegeben	219
„	21.	„ :	Die Lösung eines freigegebenen Arzneimittels ist dem freien Verkehr nicht überlassen	219
„	21.	„ :	Ausübung der Heilkunde durch Behandlung Stotternder	280
„	4.	Aug.:	Carizin nicht freigegeben	202
„	1.	Okt.:	Kola-Dultz als Vorbeugungsmittel freigegeben (O. L. Hamm)	202
„	2.	„ :	Coryfin-Bonbons dem freien Verkehr überlassen (O. L. Naumburg)	18
„	9. und 13.	Okt.:	Chinolin und Lebertranpepsin-Emulsion	267
„	9.	Okt.:	Verbot des Hausierhandels mit Arzneimitteln	267
„	13.	„ :	Ankündigung dem freien Verkauf entzogener Heilmittel	267 u. 280
„	1.	Dez.:	Verbot reklameartiger Anpreisung von Heilmitteln	282

[1] Wo kein besonderer Vermerk angegeben, sind die Urteile solche des Königl. Preuß. Kammergerichts.

3. Entscheidungen der Oberlandesgerichte und Landgerichte anderer deutschen Bundesstaaten.

Seite.

1912. 28. Juni: Verpflichtung des Ehemanns zur Bezahlung einer Arztrechnung für seine Frau (O. L. Hamburg) . . . 78 u. 162
„ 27. Nov.: Unbefugte Führung des Doktortitels (Sächs. O. L.) . . 16
1913. 18. Febr.: Ein Arzt befindet sich während der Fahrt nicht in Ausübung seines Berufes, sondern auf dem Wege dazu (Bayer. O. L.) 79
„ 27. März: Gebührenanspruch des Arztes bei Vornahme weitergehender Operationen (Hanseat. O. L.) 141
„ 28. „ : Anordnung der Krankenhausbehandlung eines Kassenmitgliedes (Hanseat. O. L.) 201
„ 5. April: § 12 des Impfgesetzes (Bayer. O. L.) 203
„ 16. „ : Menstruationstropfen dem freien Verkehr überlassen (O. L. Dresden) 202
„ 3. Mai: Warzen sind keine Krankheit; Handel mit Arzneimitteln im Umherziehen (O. L. München) . . . . . 143 u. 195
„ 16. „ : Ausstellen in Schaufenstern als unzulässige Ankündigung (O. L. Dresden). 202
„ 24. Juni: Bioglobin als Heilmittel nicht freigegeben (O. L. München) 202
„ 20. Aug.: Ankündigung von Carmol (O. L. Dresden) 219
„ 5. Nov.: Verbot reklameartiger Ankündigung von Heilmitteln (O. L. Dresden) 270

---

4. Entscheidungen des Königl. Preußischen Oberverwaltungsgerichts.

1912. 22. März: Polizeilicher Zwang zum Anschluß an die Wasserleitung . 19
„ 26. April: Räumung einer Wohnung wegen Feuchtigkeit 138
„ 3. Juni: Einschreiten gegen übermäßige Geräusche 80
„ 7. „ : Polizeilicher Anschlußzwang an eine Wasserleitung . . 81
„ 8. Juli: Nichtgenehmigung einer Privat-Krankenanstalt wegen mangelhafter Einrichtungen 126
„ 19. Sept.: Unrichtige Angaben auf dem Schilde eines Zahntechnikers 258
„ 1. Okt.: Beschränkungen der Versammlungsfreiheit aus medizinalpolizeilichen Gründen 163
„ 4. „ : Polizeiliche Anordnung der Herstellung eines neuen Hochbehälters bei einer Wasserleitung 21
„ 7. „ : Zurücknahme des Hebammenzeugnisses 262
„ 8. „ : Einleitung der Abwässer einer Zuckerfabrik in einen Privatfluß 63
„ 22. „ : Amtliche Warnung vor einem Heilmittel 61
„ 29. „ : Einleitung von Abwässern einer Molkerei in einen Bach . 126
„ 7. Nov: Entziehung des Prüfungszeugnisses als Hebamme . . . 137
„ 12. „ : Anforderungen an ein amtsärztliches Zeugnis über den Geisteszustand einer Person 89
„ 5. Dez.: Zuverlässigkeit zum Gifthandel 18
„ 17. „ : Entwässerung von Grundstücken nach Straßengräben . . 129
1913. 6. Jan.: Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Schwerhörigkeit. 231
„ 19. „ : Störung der Nachtruhe durch Sauggasmotoranlage . . . 262
„ 22. Mai: Entziehung der Genehmigung zum Handel mit Giften wegen Unzuverlässigkeit 208
„ 18. Juni: Feststellung der Impffähigkeit durch den Impfarzt. . . 205
„ 8. Juli: Rauch-, Ruß- und Geräuschbelästigung 271
„ 25. „ : Untersagung des Drogenhandels 254

---

5. Entscheidungen der Verwaltungsgerichtshöfe anderer Bundesstaaten.

1912. 21. Febr.: Die Kanalisierung von Ortsstrassen gehört zu den gesetzlichen Obliegenheiten der Gemeinde. Zu „Uebertragbaren

Seite.

Krankheiten“ (§ 35 Abs. 2 Reichsgesetz vom 30. Juni 1900) gehören auch die nicht gemeingefährlichen, z. B. Typhus (Bayer. Verw.-Ger.) 82
1912. 1. Nov. : Befugnis der Bezeichnung als Apotheker (Sächs. O. V. G.) 164
„ 18. Dez. : Untersagung des Handels mit Arzneiwaren (Bayer. V. G.) 164

6. Urteile und Beschlüsse preußischer und anderer ärztlichen Ehrengerichtshöfe.

1912. 17. Juli : Empfehlung einer Apotheke durch einen Arzt (Preuß. Ehrengerichtshof) 18
„ 5. Okt. : Beschwerde gegen Entschließungen des Ehrenrates (Sächs. Ehrengerichtshof) 70
„ 11. Nov. : Der ärztliche Ehrengerichtshof ist berechtigt, eine Sache in die Vorinstanz zurückzuverweisen (Preuß. Ehrengerichtshof) 70
„ 9. Juni : Standesunwürdige Reklame durch Aushängung von Plakaten in Eisenbahnwagen (Preuß. Ehrengerichtshof) 230
1913. 10. „ : Zulassung des Angeschuldigten zu Beweisterminen im ehrengerichtlichen Verfahren (Preuß. Ehrengerichtshof) . . 229
„ 10. „ : Strafbarkeit der Kritik einer dem Arzt fremden Berufstätigkeit (Preuß. Ehrengerichtshof) 253
„ 10. „ : Vermeidung jeden Eingriffs, der die natürliche Entwicklung einer Schwangerschaft beeinflussen kann (Preuß. Ehrengerichtshof) 254

II. Medizinalgesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

1912. 30. Nov. : Grundsätze für Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens 3
„ 13. Dez. : Betrieb der Zinkhütten und Zinkerzrösthütten 41
1913. 6. März : Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten . 82
„ 7. „ : Jugendliche Arbeiter auf Steinkohlenbergwerken 83
„ 9. „ : Arbeiterinnen und jugendliche Arbeiter in Glashütten, Glasschleifereren, Glasbeizereien sowie Sandbläsereien . . . 84
„ 10. Juli : Bekämpfung der Lepra 174
„ 17. Nov. : Hausarbeit in der Tabakindustrie 282

B. Königreich Preussen.

1. Gesetze und Ministerialerlasse.

1912. 23. Juli : Befähigung zum Gifthandel 178
„ 14. Okt. : Stempel der Patente über Titelverleihungen usw. 23
„ 24. und 25. Okt. : Anschluß der Aerzte in Waldeck und Pyrmont an die Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau 66
„ 5. Nov. : Ueberwachung des Handels mit unzüchtigen Schriften usw. 24
„ 5. Dez. : Kreismedizinalbeamte als Vertrauensärzte für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 7
„ 7. „ : Unerlaubte Bezeichnungen von Medizinalpraktikanten . . 10
„ 11. Dez. : Haematogen ist dem freien Verkehr überlassen 130
„ 16. „ : Standesvertretung der Zahnärzte 44
„ 18. „ : Arzneitaxe für 1913 8
„ 18. „ : Berichterstattung über das Impfwesen 8
„ 20. „ : Beschaffung der neuen Büchsen mit Jodoformwattekugeln für Hebammen 25
„ 21. „ : Wiederbelebungsversuche bei Unfällen in elektrischen Betrieben 10
1913. 3. Jan. : Verlegung von Apotheken 24
„ 3. „ : Untersuchung der hygienischen Verhältnisse der höheren Lehranstalten durch den Kreisarzt 67
„ 4. „ : Zeugnisse über die Ableistung des Praktischen Jahres . 24

Seite.

1913. 7. Jan : Ausrüstungsgegenstände für Hebammen 71
„ 10. „ : Beihilfen zu außeramtlichen Fortbildungskursen 23
„ 13. „ : Anzeige von Impfbeschädigungen 67
„ 28. „ , 5. April und 20. Mai: Veröffentlichung von Runderlassen durch das Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten 149
„ 28. „ : Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens 70
„ 30. „ : Ueberwachung von Mineralwasserfabriken 74
„ 31. „ : Mängel in gewerblichen Küchenbetrieben 97
„ 2. Febr.: Stempelfreiheit der amtsärztlichen Zeugnisse für Kraftwagenführer 72
„ 5. „ und 18. Okt.: Entwürfe zu Festsetzungen über Lebensmittel 268
„ 14. „ : Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose 67
„ 14. „ : Herstellung von Haustrunk durch Winzergenossenschaften 73
„ 19. „ : Sogenannte Gewürzgetränke 73
„ 20. „ : Das Desinfektionswesen im Jahre 1911 71
„ 21. „ : Ortsbesichtigungen aus Anlaß militärischer Uebungen . . 71
„ 21. „ : Verminderung des Schreibwerks. 88
„ 24. „ : Nachweisung der übertragbaren Krankheiten 1911 . . . 93
„ 26. „ : Beschaffenheit des Hydrastis-Fluidextrakts sowie der galenischen Arzneimittel überhaupt 74
„ 27. „ : Namensänderung der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung 71
„ 28. „ : Anspruch auf Tagegeld bei Vertretungen 88
„ 10. März: Verhütung von Ruhrerkrankungen auf Truppenübungsplätzen 98
„ 12. „ : Vergütung für Abgang und Zugang am auswärtigen Uebernachtungsorte 143
„ 12. „ : Aufbewahrung von Spezialitäten mit giftigen oder scharfwirkenden Stoffen 147
„ 14. „ : Einführung von Leichen in Rußland 101
„ 3. April: Abgabe von Giften an Dentisten 98
„ 22. „ : Regelung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln 144
„ 25. „ : Prüfung der aus Fonds der Oberversicherungsämter zu begleichenden Rechnungen für ärztliche usw. Verrichtungen 129
„ 30. „ : Erhitzungseinrichtungen und Buchführung in Sammelmolkereien 179
„ 6. Mai : Sorgfältige Abfassung der ärztlichen Verordnungen von starkwirkenden Arzneimitteln 147
„ 10. „ : Krankenpflegelehrbuch 148
„ 16. „ : Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten. 139
„ 22. „ : Kreisärztliche Revisionen von Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften . . 144
„ 23. „ : Gebühren der Kreisärzte für die Untersuchung von Beamten 140
„ 28. „ : Gehalt von Wein an flüchtiger Säure 180
„ 5. Juni : Handverkaufsliste für Arzneimittel gemäß § 376 R. V. O. 150
„ 7. „ : Stempelfreiheit der Genehmigungen der Feuerbestattung . 255
„ 11. „ : Stempelpflichtigkeit der Zeugnisse von Apothekern . . . 167
„ 17. „ : Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen 167
„ 19. „ : Versammlung der Kreis-Medizinalbeamten 165
„ 19. „ : Befähigung zum Gifthandel 178
„ 19. „ : Herstellung von Bouillonwürfeln 180
„ 23. „ : Fortbildungskurse für Aerzte in der sozialen Medizin . . 166
„ 25. „ : Teilnahme der Vorsteher der Medizinaluntersuchungsanstalten an den Versammlungen der Kreisärzte 165
„ 27. „ : Meldepflicht der Aerzte 166
„ 1. Juli : Erstattung von Gutachten für Privatpersonen 177
„ 4. „ : Ausstellung von Leichenpässen 208
„ 4. „ : Arbeiterfürsorge auf Bauten 234
„ 12. „ : Reisekosten bei Stellvertretung 178

Seite.

1913. 8. Juli: Bezeichnung von Wein als „Portil", „red Port" usw. . . 198
„ 11. „ : Vorkommen von Bilsenkrautsamen in russischem Mohne . 199
„ 12. „ : Abführung von Gebühren der Kreisassistenzärzte . . . 198
„ 24. „ : Reisekosten bei gemeinschaftlicher Benutzung von Fuhrwerk 220
„ 21. Aug.: Verhütung einer Einschleppung der Cholera 208
„ 11. „ : Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken- usw. Anstalten 232
„ 12. „ : Wiederbelebungsversuche bei Unfällen durch elektrischen Strom 220
„ 23. „ : Einrichtung und Betrieb von Katgutfabriken 232
„ 24. „ : Zyankali zur Reinigung von Metallgeschirr 233
„ 25. „ : Außerhalb Deutschlands ausgebildete Hebammen . . . 255
„ 1. Sept.: Anpreisung und Vertrieb empfängnisverhütender Mittel . 255
„ 4. „ : Verwendung der Kemirinüsse zur Herstellung von Margarine 233
„ 19. „ : Gegengiftkasten 263
„ 24. „ : Gebühren der Kreisassistenzärzte für Zuziehung zu Leichenöffnungen 254
„ 3. Okt.: Ausbildung von Desinfektoren für Strafanstalten . . . 267
„ 4. „ : Beseitigung von Plakaten der Impfgegner 263
„ 10. „ : Wiederholung der Hebammenprüfung 264
„ 18. „ : Festsetzungen über Lebensmittel 268
„ 20. „ : Handverkaufsliste 276
„ 22. „ : Medizinalpraktikanten in ausländischen Krankenanstalten 272
„ 22. „ : Zuständigkeit für Anordnungen gegenüber Krankenanstalten 273
„ 23. „ : Handverkaufsliste 276
„ 29. „ : Nährgelatine zu Wasseruntersuchungen 273
„ 31. „ : Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung 272
„ 5. Nov.: Wiederbelebungsversuche bei Unfällen durch den elektrischen Strom 276
„ 7. „ : Verwendung von Ameisensäure zu Speisezwecken . . . 274
„ 2. Dez.: Barleistung der Krankenkassen an Stelle der Krankenpflege usw. 285

2. Verfügungen und Polizeiverordnungen in den einzelnen Regierungsbezirken

1912. 16. Mai: Durchführung der Impfung (Minden) 150
„ 2. Juli: Agitationen der Impfgegner (Liegnitz) 209

C. Königreich Bayern.

1912. 29. Sept.: Wasseruntersuchungen 8
„ 16. Dez.: Unterweisung von Polizeibeamten in der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln usw. 48
„ 24. „ : Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln usw. . 48
„ 28. „ : Feuerbestattung 25
1913. 19. Jan.: Untersuchung der Schankdrogerien. 68
„ 2. April: Verhandlungen der Aerztekammern 1912 101
„ 24. Mai: Amtsärztliche Zeugnisse für erkrankte Lehrer 181
„ 8. Juni: Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Krippenanstalten 181
„ 9. „ : Ausgestaltung der Wohnungsaufsicht 188
„ 27. „ und 28. Juni 1912: Regelung des Apothekenwesens . . . 236
„ 3. Juli: Amtsärztliche Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten 182
„ 4. „ : Verkehr mit arsenhaltigen Spielwaren 188
„ 15. „ : Gesundheitssauger mit Nährpatronen 200
„ 25. „ : Verkehr mit Bleispielwaren 209
„ 17. Nov.: Zahntechniker im Sinne der §§ 122 und 123 R. V. O. . 286

D. Königreich Sachsen.

1912. 5. Okt. und 8. Okt.: Ablieferung der Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken und die Oeffnung von Leichen 58
„ 12. Nov.: Anstaltsfürsorge für Geisteskranke 11

Seite.

1913. 24. Juni : Geschäftsordnung des Landesgesundheitsamts 220
„ 10. Juli : Serumerkrankungen. Vermerk der Kontrollnummer . . 200
„ 26. Sept.: Bekämpfung der Tuberkulose 264

E. Königreich Württemberg.

1913. 17. März: Vollzug des Oberamtsarztgesetzes 102
„ 15. April: Dienstanweisung für den Schularzt 112
„ 15. „ : Schulärztlicher Dienst 122
„ 21. „ : Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranken nach Aufhebung der Untersuchungshaft 151
„ 21. Mai : Aerztlicher Landesverein . . . . 151 u. 223
„ 29. „ : Aerztliche Gemeindevisitationen 168
„ 2. Okt. : Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung 268

F. Grossherzogtum Hessen.

1913. 5. Febr.: Behandlung der Bazillenträger und Dauerausscheider . . 99
„ 10. Mai : Beamtete Aerzte als Vertrauensärzte bei der Versicherungsanstalt für Angestellte 148
„ 8. Juli : Ausführung des Gesetzes über die Feuerbestattung . . 224

G. Grossherzogtum Baden.

1913. 29. Juli : Prüfung und Anstellung der Staatsärzte 223
„ 30. Aug.: Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung 255

H. Grossherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

1912. 28. Nov. : Anzeigepflicht bei Paratyphus 74

I. Grossherzogtum Oldenburg.

1912. 2. Febr.: Dienstanweisung für die Amtsärzte 30
1913. 27. Juni : Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder 209

K. Herzogtum Sachsen-Meiningen.

1912. 14. Dez.: Gebührenordnung für Aerzte usw. 74

L. Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

1913. 28. Juni : Besichtigung der Drogen-Handlungen. 214

M. Fürstentum Waldeck.

1913. 6. Jan. : Gebühren der Hebammen 88
„ 2. Aug.: Prüfung von Bewerbern um Giftkonzessionen 216

N. Freie Hansestadt Hamburg.

1913. 18. Aug.: Abgabe stark wirkender Arzneimittel an Kurpfuscher . . 256
„ 18. „ : Gebrauch von Arzneimitteln seitens der Hebammen . . 256

O. Freie Hansestadt Bremen.

1913. 19. Jan. : Aufsicht über Pflegekinder usw. 75

P. Kaiserreich Oesterreich.

1913. 14. April: Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten . 152

Seite.

1913. 8. Juli: Bezeichnung von Wein als „Portil“, „red Port“ usw. . . 198
„ 11. „ : Vorkommen von Bilsenkrautsamen in russischem Mohne . 199
„ 12. „ : Abführung von Gebühren der Kreisassistenzärzte . . . 198
„ 24. „ : Reisekosten bei gemeinschaftlicher Benutzung von Fuhrwerk 220
„ 21. Aug.: Verhütung einer Einschleppung der Cholera 208
„ 11. „ : Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken- usw. Anstalten 232
„ 12. „ : Wiederbelebungsversuche bei Unfällen durch elektrischen Strom 220
„ 23. „ : Einrichtung und Betrieb von Katgutfabriken 232
„ 24. „ : Zyankali zur Reinigung von Metallgeschirr 233
„ 25. „ : Außerhalb Deutschlands ausgebildete Hebammen . . . 255
„ 1. Sept.: Anpreisung und Vertrieb empfängnisverhütender Mittel . 255
„ 4. „ : Verwendung der Kemirinüsse zur Herstellung von Margarine 233
„ 19. „ : Gegengiftkasten 263
„ 24. „ : Gebühren der Kreisassistenzärzte für Zuziehung zu Leichenöffnungen 254
„ 3. Okt.: Ausbildung von Desinfektoren für Strafanstalten . . . 267
„ 4. „ : Beseitigung von Plakaten der Impfgegner 263
„ 10. „ : Wiederholung der Hebammenprüfung. 264
„ 18. „ : Festsetzungen über Lebensmittel 268
„ 20. „ : Handverkaufsliste 276
„ 22. „ : Medizinalpraktikanten in ausländischen Krankenanstalten 272
„ 22. „ : Zuständigkeit für Anordnungen gegenüber Krankenanstalten 273
„ 23. „ : Handverkaufsliste 276
„ 29. „ : Nährgelatine zu Wasseruntersuchungen 273
„ 31. „ : Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung 272
„ 5. Nov.: Wiederbelebungsversuche bei Unfällen durch den elektrischen Strom 276
„ 7. „ : Verwendung von Ameisensäure zu Speisezwecken . . . 274
„ 2. Dez.: Barleistung der Krankenkassen an Stelle der Krankenpflege usw. 285

2. Verfügungen und Polizeiverordnungen in den einzelnen Regierungsbezirken

1912. 16. Mai : Durchführung der Impfung (Minden) 150
„ 2. Juli : Agitationen der Impfgegner (Liegnitz) 209

C. Königreich Bayern.

1912. 29. Sept.: Wasseruntersuchungen 8
„ 16. Dez.: Unterweisung von Polizeibeamten in der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln usw. 48
„ 24. „ : Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln usw. . 48
„ 28. „ : Feuerbestattung 25
1913. 19. Jan.: Untersuchung der Schankdrogerien. 68
„ 2. April: Verhandlungen der Aerztekammern 1912 101
„ 24. Mai : Amtsärztliche Zeugnisse für erkrankte Lehrer 181
„ 8. Juni : Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Krippenanstalten 181
„ 9. „ : Ausgestaltung der Wohnungsaufsicht 188
„ 27. „ und 28. Juni 1912: Regelung des Apothekenwesens . . . 236
„ 3. Juli : Amtsärztliche Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten 182
„ 4. „ : Verkehr mit arsenhaltigen Spielwaren 188
„ 15. „ : Gesundheitssauger mit Nährpatronen 200
„ 25. „ : Verkehr mit Bleispielwaren 209
„ 17. Nov.: Zahntechniker im Sinne der §§ 122 und 123 R. V. O. . 286

D. Königreich Sachsen.

1912. 5. Okt. und 8. Okt.: Ablieferung der Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken und die Oeffnung von Leichen 58
„ 12. Nov.: Anstaltsfürsorge für Geisteskranke 11

Seite.

1913. 24. Juni : Geschäftsordnung des Landesgesundheitsamts 220
„ 10. Juli : Serumerkrankungen. Vermerk der Kontrollnummer . . 200
„ 26. Sept.: Bekämpfung der Tuberkulose 264

E. Königreich Württemberg.

1913. 17. März: Vollzug des Oberamtsarztgesetzes 102
„ 15. April: Dienstanweisung für den Schularzt 112
„ 15. „ : Schulärztlicher Dienst 122
„ 21. „ : Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranken nach Aufhebung der Untersuchungshaft 151
„ 21. Mai : Aerztlicher Landesverein . . . . 151 u. 223
„ 29. „ : Aerztliche Gemeindevisitationen 168
„ 2. Okt. : Bekämpfung der epidemischen Kinderlähmung 268

F. Grossherzogtum Hessen.

1913. 5. Febr.: Behandlung der Bazillenträger und Dauerausscheider . . 99
„ 10. Mai : Beamtete Aerzte als Vertrauensärzte bei der Versicherungsanstalt für Angestellte 148
„ 8. Juli : Ausführung des Gesetzes über die Feuerbestattung . . 224

G. Grossherzogtum Baden.

1913. 29. Juli : Prüfung und Anstellung der Staatsärzte 223
„ 30. Aug.: Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung 255

H. Grossherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

1912. 28. Nov. : Anzeigepflicht bei Paratyphus 74

I. Grossherzogtum Oldenburg.

1912. 2. Febr.: Dienstanweisung für die Amtsärzte 30
1913. 27. Juni : Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder 209

K. Herzogtum Sachsen-Meiningen.

1912. 14. Dez.: Gebührenordnung für Aerzte usw. 74

L. Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

1913. 28. Juni : Besichtigung der Drogen-Handlungen 214

M. Fürstentum Waldeck.

1913. 6. Jan. : Gebühren der Hebammen 88
„ 2. Aug.: Prüfung von Bewerbern um Giftkonzessionen 216

N. Freie Hansestadt Hamburg.

1913. 18. Aug.: Abgabe stark wirkender Arzneimittel an Kurpfuscher . . 256
„ 18. „ : Gebrauch von Arzneimitteln seitens der Hebammen . . 256

O. Freie Hansestadt Bremen.

1913. 19. Jan. : Aufsicht über Pflegekinder usw. 75

P. Kaiserreich Oesterreich.

1913. 14. April: Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten . 152

Sach-Register.

Abwässer, Verbot der Einleitung in ein Gewässer (Rspr.) 63, 126, Landesanstalt für Wasserhygiene (Preußen) 71, Kanalisierung (Rspr.) 82, Abführung in Straßengräben und Rinnsteine (Rspr.) 129.

Ameisensäure zu Speisezwecken (Preußen) 274.

Amtsärzte, Dienstanweisung (Oldenburg) 30.

Ankündigung, prahlerische eines Arztes (Rspr.) 15, von Probat (Rspr.) 40, 41, Amol, (Rspr.) 91, 173, antikonzeptioneller Mittel (Rspr.) 92, (Preußen) 255, nicht freigegebener (Rspr) 125, 267, 270, 280, 282, Radikal-Katheter (Rspr.) 125, Grundmanns Husten- und Lungentee, Augensalbe, Vulneral, Diabetikertee, Schlankoform (Rspr.) 174, briefliche Raterteilung (Rspr.) 175, wertloser Mittel als Betrug (Rspr.) 195, durch Ausstellen in Schaufenstern (Respr.) 202, prahlerische von Heilmitteln (Rspr.) 219, Pfarrer Kneipp-Pillen, Carmol (Rspr.) 219, übertriebene Reklame eines Kurpfuschers (Rspr.) 270.

Antikonzeptionelle Mittel (Rspr.) 92, (Preußen) 255, Hausierhandel (Rspr.) 266.

Apotheken, Empfehlung durch einen Arzt (Rspr.) 18, Verlegung (Preußen) 24, Verkauf von Spiritus (Rspr.) 40, Hydrastis-Fluidextrakt sowie galenische Arzneimittel überhaupt (Preußen) 74, Aufbewahrung giftiger und starkwirkender Arzneimittel (Preußen) 147, Handverkaufsliste (Preußen) 150, 276, Regelung des Apothekenwesens (Bayern) 236.

Apotheker, unrechtmäßige Bezeichnung (Rspr.) 9, Befugnis, sich so zu bezeichnen (Rspr.) 164, Stempelpflichtigkeit von Zeugnissen (Preußen) 167.

Arbeiterschutz, Einrichtung usw. von Zink- und Zinkerzrösthütten (Deutsches Reich) 41, bei Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten (Deutsches Reich) 82, auf Steinhohlenbergwerken (Deutsches Reich) 83, in Glashütten, Glasschleifereien, Glasbeizereien, Sandbläsereien (Deutsches Reich) 84, in gewerblichen Küchenbetrieben (Preußen) 97, auf Bauten (Preußen) 234, Hausarbeit in der Tabakindustrie (Deutsches Reich) 282.

Arbeiterversicherung, Arztrechnungen der Oberversicherungsämter (Preußen) 129, Handverkaufsliste für Arzneimittel (Preußen) 150, 276.

Arsenhaltige Spielwaren (Bayern) 188.

Arzneimittel, s. a. Geheim- und Reklamemittel, Corytinbonbons (Rspr.) 18, Abgabe von Ersatzpräparaten (Rspr) 39, Probat (Rspr.) 40, 91, Zulässigkeit von Warnungen (Rspr.) 61, Hydrastis-Fluidextrakt und galenische Arzneimittel überhaupt (Preußen) 74, Amol (Rspr.) 91, Thieme-Tee (Rspr) 125, Echtheit in Drogenhandlungen (Rspr.) 125, Vertreiben durch Agenten (Respr.) 125, Hämatogen (Preußen) 130, Rezepte über starkwirkende (Preußen) 147, Aufbewahrung solcher in Apotheken (Preußen) 147, Handverkaufsliste (Preußen) 150, 276, Untersagung des Handels (Rspr.) 164, Kräuterwein (Rspr.) 175, Verordnung von Ersatzpräparaten (Rspr.) 190, Abgabe durch einen Verein (Rspr.) 192, Diachylon-Wundpuder (Rspr.) 202, Anpreisung (Rspr.) 219, Lösung eines freigegebenen (Respr.) 219, Abgabe starkwirkender (Hamburg) 256, Gebrauch durch Hebammen (Hamburg) 256, Chinolin, Lebertranpepsin-Emulsion, Hausierhandel (Rspr.) 267, Verbot der Ankündigung (Rspr.) 125, 267, 270, 280, 282, Rezeptfälschung als Urkundenfälschung (Rspr.) 279.

Arzneitaxe (Preußen) 8.

Arztähnliche Titel, Zahnklinik (Rspr.) 258.

Aerzte, Schadenersatz bei Gesundheitsbeschädigungen (Rspr.) **14**, bei fehlerhafter Behandlung (Rspr.) 78, 258, prahlerische Ankündignng einer Heilmethode (Rspr.) **15**, irreführende Angaben über Ausbildung (Rspr.) **15**, unbefugte Führung des Doktortitels (Rspr.) **16**, Ehrenwort, einen Krenkenkassenvertrag nicht zu erfüllen (Rspr.) 16, Empfehlung einer Apotheke (Rspr.) 18, Verordnung von Ersatzpräparaten (Rspr.) 39, 190, Hallesche Krankenkassenstreit (Rspr.) 69, Zahlung der Arztrechnung für die Ehefrau (Rspr.) 78, 162, Fahrt zu einem Kranken keine Ausübung des Berufs (Rspr.) 79, Eintragung kassenärtlicher Vereine ins Vereinsregister (Rspr.) 133, 277, Gebühren bei weitergehenden Operationen (Rspr.) 141, 279, Schadenersatzanspruch für Unfall beim Krankenbesuch (Rspr.) 142, sorgfältige Abfassung der Verordnungen (Preußen) 147, Landesvereine (Württemberg) 151, 223, Meldepflicht beim Kreisarzt (Rspr.) 161, 166, Fortbildung in sozialer Medizin (Preußen) 166, Operationen an Minderjährigen (Rspr.) 229, Reklame (Rspr,) 230, Kritik fremder Berufstätigkeit (Rspr.) 253, Einwirkung auf Schwangerschaft (Rspr.) 254, Verrufserklärung (Rspr.) 257.

Aerztekammer, Anschluß der Aerzte in Waldeck und Pyrmont (Preußen) 66, Verhandlungen 1912 (Bayern) 101.

Baugewerbe, Beschränkung in einem Kurorte (Rspr.) 162.

Bezirksärzte, Zeugnisse für erkrankte Lehrer (Bayern) 181.

Bier, Zusatz von Invert-Farbzucker (Rspr.) 201.

Bilsenkrautsamen in Mohn (Preußen) 199.

Blei, Farben und andere Bleiprodukte, Herstellung (Deutsches Reich) 82, Spielwaren (Bayern) 209.

Bouillonwürfel, Herstellung (Preußen) 180.

Cholera, Verhütung der Einschleppung (Preußen) 208.

Dentist, Beilegung des Titels Zahnarzt (Rspr.) 37, Abgabe von Gift an sie (Preußen) 98.

Desinfektion von Wohnungen bei Tuberkulose (Preußen) 67, Desinfektionswesen 1911 (Preußen) 71, Chinalin (Rspr.) 202, Ausbildung von Gefängnisaufsehern (Preußen) 267.

Diphtherie, Serumerkrankungen (Sachsen) 200.

Doktortitel, unbefugte Führung (Rspr.) 16.

Drogenhandlungen, Konzession zum Gifthandel für Filialen (Rspr.) 10, Bezeichnung der Schiebladen (Rspr.) 18, Schadenersatzpflicht bei Verwechslung von Arzneimitteln (Rspr.) 40, Untersuchung von Schrankdrogerien (Bayern) 68, Echtheit der Arzneimittel (Rspr.) 125, Bezeichnung abgefaßter Arzneimittel (Rspr.) 175, Revision (Schwarzburg-Rudolstadt) 214, Untersagung (Rspr.) 254.

Ehrengericht, s. a. Standesehre, Zurückverweisung in die Vorinstanz (Rspr.) 70, Beschwerde über den Ehrenrat (Rspr,) 70, Einleitung des Verfahrens (Preußen) 70, Zulassung zu Beweisterminen (Rspr.) 229.

Elektrizität, Wiederbelebungsversuche bei Unfällen (Preußen) 10, 220, 276.

Essigsäure, Ameisensäure zu Speisezwecken (Preußen) 274.

Feuerbestattung (Bayern) 25, (Hessen) 224. Stempel zu polizeilichen Genehmigungen (Preußen) 255.

Fortbildung, Beihilfen für Kurse (Preußen) 23.

Gastwirtschaften, Reinigung von Geschirr mit Zyankali (Preußen) 233.

Gebühren, Vorbesuche (Rspr.) 1, 13, 77, (Preußen) 139, Obduktionsberichte (Rspr.) 9, der Aerzte und Zahnärzte (Sachsen-Meiningen) 74, der Hebammen (Waldeck) 88, für Untersuchung von Beamten (Preußen) 140, Anspruch bei weitergehenden Operationen (Rspr.) 141, Abführung an die Staatskasse (Preußen) 198, für Krankheitsbericht oder Gutachten (Rspr) 218, der Kreisassistenzärzte für Leichenöffnungen (Preußen) 254.

Geburshülfe, fahrlässige Tötung dnrch Naturheilkundigen (Rspr.) 190.

Geheim- und Reklamemittel, s. a. Arzneimittel, Zulässigkeit von Warnungen (Rspr.) 61, Radikal-Katheter (Rspr.) 125, Erlaß von Warnungen davor (Rspr.) 161, Gesundheitssauger mit Nährpatronen (Bayern) 200, Menstruationsmittel (Rspr) 202, Blutreinigungstee, Kola-Dultz, Laxin- und Vincokonfekt, Corytinbonbons, Bioglobin, Carizin (Rspr.) 202.

Geisteskranke, Anstaltsfürsorge (Sachsen) 11, Behandlung gemeingefährlicher (Württemberg) 151.

Gemeindevisitationen, ärztliche (Württemberg) 168.
Geräuschbelästigung durch Eisenlagerplatz (Rspr.) 80, Sanggasmotoranlage (Rspr.) 262, Schlosserei (Rspr.) 271.
Gesundheit, Landesgesundheitsamt (Sachsen) 220.
Gewerbehygiene, Mängel in gewerblichen Küchenbetrieben (Preußen) 97.
Gift, Konzession zum Gifthandel für Filialen (Rspr.) 10, Abgabe von Kleesalz (Rspr.) 18, Abgabe an Dentisten (Preußen) 98. Prüfung der Fähigkeit zum Gifthandel (Preußen) 178, (Waldeck) 216, Entziehung der Konzession (Rspr.) 208, Gegengiftkasten (Preußen) 263.
Glashütten, -schleifereien, -beizereien, Arbeiterschutz (Deutsches Reich) 84.
Hausarbeit in Tabakindustrie (Deutsches Reich) 282.
Hausierhandel mit antikonzeptionellen Mitteln (Rspr.) 266, mit Arzneimitteln (Rspr.) 267.
Hebammen, fahrlässige Tötung (Rspr.) 17, Beschaffung von Büchsen mit Jodoformwattekugeln (Preußen) 25, Verpflichtung zur Teilnahme an Fortbildungskursen (Rspr.) 64, Ausrüstungsstücke (Preußen) 71, Gebühren (Waldeck) 88, Entziehung des Prüfungszeugnisses (Rspr.) 137, 231, 262, Zulassung außerdeutscher zur Prüfung (Preußen) 255, Gebrauch von Arzneimitteln (Hamburg) 256, Berufspflichten (Rspr.) 260, Wiederholung der nicht bestandenen Prüfung (Preußen) 264.
Heilkunde, Ausübung durch Behandlung Stotternder (Rspr.) 280.
Impfwesen, Berichterstattung (Preußen) 8, Anzeige von Impfbeschädigungen (Preußen) 67, Durchführung der Impfung (Minden) 150, Bedeutung des § 12 des Impfgesetzes (Rspr.) 203, Feststellung der Impffähigkeit (Rspr.) 205, Agitationen der Impfgegner (Preußen) 209, ihre Plakate (Preußen) 263.
Irrenanstalt, Haftpflicht für Unfälle (Rspr.) 189.
Katgutfabriken, Einrichtung und Betrieb (Preußen) 232.
Kemirinüsse, Herstellung von Speisefett (Preußen) 233.
Kinder, Aufsicht über Pflegekinder und uneheliche (Preußen) 75, Verbot des Verkaufs von Speiseeis an sie (Rspr.) 191.
Kinderlähmung (Baden) 255, (Württemberg) 268, (Preußen) 272.
Kraftwagen, Stempel zu den Zeugnissen für Führer (Preußen) 72.
Krankenanstalten, Nichtgenehmigung wegen mangelhafter gesundheitlicher Einrichtungen (Rspr.) 126, Revision der Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten usw. (Preußen) 144, Vorschriften über Anlage (Preußen) 232, Haftpflicht für Gesundheitsbeschädigung (Rspr.) 265, gesundheitliche Anordnungen der Ortspolizei (Preußen) 273.
Krankenkassen, Nichterfüllung eines Vertrages durch einen Arzt (Rspr.) 16, Aerztestreit Halle (Rspr.) 69, Eintragung kassenärztlicher Vereine ins Vereinsregister (Rspr.) 133, 277, Handverkaufsliste für Arzneimittel (Preußen) 150, 276, Krankenhausbehandlung (Rspr.) 201, Barleistung an Stelle der Krankenpflege usw. (Preußen) 285.
Krankenbeförderungswesen (Deutsches Reich) 3.
Krankenpflege, Lehrbuch (Preußen) 148.
Krankheiten, übertragbare, Forderung von Einrichtungen gemäß § 35 Reichsseuchengesetz (Rspr.) 21, 82, Vorkommen 1911 (Preußen) 93, Behandlung der Bazillenträger und Dauerausscheider (Hessen) 99, Bekämpfung (Oesterreich) 152, Beschränkung von Versammlungen aus medizinalpolizeilichen Gründen (Rspr.) 163, Verhütung der Verbreitung durch die Schulen (Preußen) 167, Ausführungs-Bestimmungen betreffs Lepra (Deutsches Reich) 175, in Krippenanstalten (Bayern) 181, Ermittlungen (Bayern) 182.
Kreisärzte s. a. Medizinalbeamte, Vertrauensärzte für die Reichsversicherungsanstalt (Preußen) 7, Beihilfen für Fortbildung (Preußen) 23, Revision der höheren Lehranstalten (Preußen) 67, Reisekosten bei Vertretungen (Preußen) 88, 178, Anforderungen an ein amtsärztliches Zeugnis (Rspr.) 89, Reisekosten usw. für Untersuchung von Beamten (Preußen) 140, Revision der Krankenanstalten der Landesversicherungsanstalten usw. (Preußen) 144, dienstliche Versammlung (Preußen) 165, Teilnahme der Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter daran (Preußen) 165, Gutachten auf Antrag Privater (Preußen) 177.
Krippenanstalten, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Bayern) 181.
Küchen, Mängel in gewerblichen (Preußen) 97.

Kurpfuscher, fahrlässige Tötung durch Naturheilgehilfin (Rspr.) 38, Erlaß von Warnungen davor (Rspr.) 161, fahrlässige Tötung als Geburtshelfer (Rspr.) 190, Zahnklinik als arztähnlicher Titel (Rspr.) 258, übertriebene Reklame (Rspr.) 270.

Leichen, Ablieferung zu wissenschaftlichen Zwecken, Oeffnung (Sachsen) 58, Einführung in Rußland (Preußen) 101, Ausstellung der Pässe (Preußen) 208.

Lepra, Ausführungs-Bestimmungen zur Bekämpfung (Deutsches Reich) 175.

Margarine, Verwendung von Kemirinüssen (Preußen) 233.

Medizinalbeamte, Stempelsteuer bei Titel-, Charakterverleihungen, Bestallungen (Preußen) 23, Berechtigung zum Strafantrag wegen unlauteren Wettbewerbs (Rspr.) 91, 173, Vertrauensärzte bei der Reichsversicherungsanstalt (Preußen) 7, (Hessen) 148, Prüfung und Anstellung (Baden) 223.

Medizinalpraktikanten, unerlaubte Bezeichnung als Assistent usw. (Preußen) 10, Zeugnisse über das praktische Jahr (Preußen) 24, in ausländischen Krankenanstalten (Preußen) 272.

Medizinaluntersuchungsämter, Teilnahme der Vorsteher an den dienstlichen Versammlungen der Medizinalbeamten (Preußen) 165.

Medizinalverwaltung, Berechtigung zum Erlaß von Warnungen vor Geheimmitteln oder Kurpfuschern (Rspr.) 161, Landesgesundheitsamt (Sachsen) 220.

Medizinalwesen, Veröffentlichung von Runderlassen (Preußen) 149.

Militärische Uebungen, keine Berichte über Ortsbesichtigungen (Preußen) 71, 88, Ruhrerkrankungen (Preußen) 93.

Mineralwasserfabriken (Preußen) 74.

Molkerei, Ableitung von Abwässern (Rspr.) 126, Erhitzungseinrichtungen, Buchführung (Preußen) 179.

Mohn, verunreinigt durch Bilsenkrautsamen (Preußen) 199.

Nährgelatine zu Wasseruntersuchungen (Preußen) 273.

Nahrungs- und Genußmittel, Ueberwachung (Bayern) 48, (Preußen) 144, Bouillonwürfel (Preußen) 180, Kemirinüsse (Preußen) 233, Entwürfe zu Festsetzungen, über Lebensmittel (Preußen) 268, Ameisensäure (Preußen) 274.

Obduktion, Gebühren für Bericht (Rspr.) 9, der Kreisassistenzärzte (Preußen) 254.

Oberamtsärzte, Vollzug des Gesetzes (Württemberg) 102, Gemeindevisitationen (Württemberg) 168.

Operationen, Gebührenanspruch bei weitergehenden Operationen (Rspr.) 141, Haftung für die Folgen (Rspr.) 217, an Minderjährigen (Rspr.) 229, Katgutfabriken (Preußen) 232.

Ortsbesichtigungen, Fortfall der Berichte aus Anlaß von Manövern (Preußen) 71, 88, Vornahme (Württemberg) 168.

Pflegekinder, Aufsicht darüber (Bremen) 75.

Rauch- und Rußplage, Belästigung durch eine Schlosserei (Rspr.) 271.

Reichsversicherungsordnung, Anforderungen an Zahntechniker (Bayern) 286.

Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Vertrauensärzte (Preußen) 7, (Hessen) 148.

Reisekosten, Tagegeld bei Vertretungen (Preußen) 88, 178, für Untersuchung von Beamten (Preußen) 140, Zu- und Abgänge (Preußen) 143, gemeinschaftliche Benutzung eines Fuhrwerks (Preußen) 220.

Rettungswesen (Deutsches Reich) 3.

Röntgenstrahlen, Schadenersatzpflicht bei Gesundheitsbeschädigungen (Rspr.) 14, Körperverletzung (Rspr.) 265, 269.

Ruhrerkrankungen auf Truppenübungsplätzen (Preußen) 93.

Sandbläsereien, Arbeiterschutz (Deutsches Reich) 84.

Schadenersatz, bei Gesundheitsbeschädigungen (Rspr.) 14, bei fehlerhafter Behandlung (Rspr.) 78, für Unfall beim Krankenbesuch (Rspr.) 142.

Schularzt, Dienstanweisung (Württemberg) 112, 122, Gesetz (Oldenburg) 209.

Schulen, Revision der höheren Lehranstalten (Preußen) 67, Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten (Preußen) 167, Zeugnisse über erkrankte Lehrer (Bayern) 181.

Speiseeis, Verbot des Verkaufs an Kinder (Rspr.) 191.

Spielwaren, arsenhaltige (Bayern) 188, aus Blei (Bayern) 209.

Standesehre s. a. Ehrengericht, prahlerische Ankündigung (Rspr.) 15, irreführende Angaben über Ausbildung (Rspr.) 15, unwürdige Reklame (Rspr.) 230, Kritik fremder Berufstätigkeit (Rspr.) 253, Einwirkung auf Schwangerschaft (Rspr.) 254.
Stempelsteuer, Titel- und Charakterverleihungen, Bestallungen (Preußen) 23, Zeugnisse für Kraftwagenführer (Preußen) 72, für Apotheker (Preußen) 167, Genehmigungen zur Feuerbestattung (Preußen) 255.

Tabakindustrie, Hausarbeit (Deutsches Reich) 282.
Titel, zahnärztlicher (Rspr.) 37, Dr. statt Dr. chem. (Rspr.) 136.
Titel- und Charakterverleihungen, Stempelfreiheit (Preußen) 23.
Tötung, fahrlässige durch eine Hebamme (Rspr.) 17, durch eine Naturheilgehilfin (Rspr.) 38.
Tuberkulose, Wohnungsdesinfektion (Preußen) 67, Bekämpfung (Sachsen) 264.
Typhus, Anzeigepflicht bei Paratyphus (Mecklenburg-Strelitz) 74.

Umherziehen, Beseitigung von Warzen (Rspr.) 143, 195.
Unfälle, Schadenersatzanspruch des Arztes für Unfall beim Krankenbesuch (Rspr.) 142, durch elektrischen Strom (Preußen) 10, 220.
Unzüchtig, Ueberwachung des Handels mit Schriften usw. (Preußen) 24, antikonzeptionelle Mittel (Rspr.) 92.

Vergiftungen, Gegengiftkasten (Preußen) 268.
Vereine, Eintragung kassenärztlicher Vereine ins Vereinsregister (Rspr.) 133, 277.
Versammlungen, Beschränkung aus medizinalpolizeilichen Gründen (Rspr.) 167, der Medizinalbeamten (Rspr.) 165.
Vorbesuche, Gebühren (Rspr.) 1, 18, 77, (Preußen) 139.

Warzen, Beseitigung im Umherziehen (Rspr.) 143, 195.
Wasserversorgung, Untersuchung des Wassers (Bayern) 8, Nährgelatine dazu (Preußen) 273, Zwang zum Anschluss (Rspr.) 19, 81, Zwang zur Herstellung eines Hochbehälters (Rspr.) 21, Landesanstalt für Wasserhygiene (Preußen) 71.
Wein, Haustrunk der Winzergenossenschaften (Preußen) 73, Gewürzgetränke (Preußen) 73, Gehalt an flüchtiger Säure (Preußen) 180, Portil, red Port (Preußen) 198, Begriff „Schaumwein" (Rspr.) 219, Fruchtwein Samosa (Rspr.) 219.
Wiederbelebungsversuche bei Unfällen durch Elektrizität (Preußen) 10, 220, 276.
Wohnung, Desinfektion bei Tuberkulose (Preußen) 67, Räumung feuchter (Rspr.) 138, Wohnungsaufsicht und Pflege (Bayern) 188.

Zahnärzte, Standesvertretung (Preußen) 44.
Zahntechniker s. a. Dentist, Zahnklinik (Rspr.) 258, Anforderungen nach der Reichsversicherungsordnung (Bayern) 286.
Zeugnisse, Anforderungen an ein amtsärztliches (Rspr.) 89, Stempelpflicht der für Kraftwagenführer (Preußen) 72, für Apotheker (Preußen) 167.
Zink- und Zinkerzrösthütten, Betrieb (Deutsches Reich) 41.
Zuckerfabrik, Ableitung von Abwässern (Rspr.) 63.
Zyankali zur Reinigung von Tafelgeschirr (Preußen) 233.



Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 1. 5. Januar. 1913.

Rechtsprechung.

Gebühr für empfangene Vorbesuche. Urteil des Landgerichts I (35. Zivilkammer) Berlin vom 2. November 1912.

Die Berufung ist frist- und formgerecht eingelegt, sie ist auch sachlich begründet.

Die hier zu entscheidende Frage, ob der Arzt außer den für das schriftliche Gutachten nach Tarif A 13 ihm zustehenden Gebühr noch eine besondere Vergütung für solche vorbereitenden Untersuchungen zu beanspruchen hat, welche von ihm in der Wohnung oder in der Anstalt vorgenommen sind, kann nur aus dem jetzt geltenden Gesetz vom 14. Juli 1909 (G. S. 625) und dem darin zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Willen beantwortet werden.

Die in Betracht kommenden Bestimmungen lauten:

Tarif A 17 Absatz 1: „Außer der Gebühr zu 13 erhält der Kreisarzt im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen ist die zu 4 (Akteneinsicht außerhalb des Termins) bestimmte Gebühr in den Gebühren zu 13 und 15 mit einbegriffen. Sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu."

Tarif A 3: „Untersuchung behufs Vorbereitung eines in einem Termin zu erstattenden Gutachtens:

a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet, 3 Mark;
b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet, 5 Mark.

Hat sich der Kreisarzt in dem Falle zu b an Ort und Stelle begeben und kann die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden, so ist eine Gebühr von 3 Mark in Ansatz zu bringen.

Mehr als 3 Untersuchungen dürfen nur mit Zustimmung der ersuchenden Behörde berechnet werden."

Die Ansicht, daß unter „Vorbesuchen" im Sinne von Tarif A 17, nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch nur die in Tarif A 3 b bezeichneten Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt verstanden werden können, ist nicht gerechtfertigt; denn die Bezeichnung „Vorbesuche" ist sprachlich ebenso berechtigt, wenn es sich um Vorbesuche handelt, welche der Arzt von den zu untersuchenden Personen in seiner Wohnung empfängt. Daß der Gesetzgeber aber nur vom Arzt gemachte Vorbesuche im Auge gehabt hat, ist im Wortlaut nicht zum Ausdruck gebracht, ganz im Gegensatz zu der Fassung des früheren Gesetzes vom 9. März 1872 (G. S. 265), in dessen § 6 es heißt: „Für mehr als 3 Vorbesuche passiert die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirierenden Behörde gemacht sind."

In Tarif A 17 Absatz 1 ist die Bezeichnung „Vorbesuche" offenbar nicht im gewollten Gegensatz zu „Untersuchungen" gebraucht. Der Gesetzgeber hätte, wenn er unter „Vorbesuchen" im Sinne des Absatz 1 von Tarif A 17 nur die außerhalb der Wohnung oder Anstalt gemachten Untersuchungen verstanden wissen wollte, in Absatz 2 ebenfalls nur kurzweg von Vorbesuchen gesprochen. Es heißt hier aber abweichend von Absatz 1: „Hat in den Fällen zu 11 und 12 eine Untersuchung außerhalb der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, außerhalb der Anstalt stattgefunden, so erhöhen sich die Gebühren zu 11 und 12 um je 2 Mark." Aus dieser Verschiedenartigkeit der Ausdrucksweise in Absatz 1 und 2 ist der Schluß zu ziehen, daß die Begriffe „Vorbesuche" und „Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder der Anstalt" nicht als gleichbedeutend behandelt sind. Außer an der in Rede stehenden Stelle kommt der Ausdruck „Vorbesuche" nur noch

einmal im Gesetz vor, und zwar in Tarif A 17 Absatz 4 in der umschriebenen Form „vorgängiger Besuch“. Aus dieser Gesetzesstelle ist zu folgern, daß der Gesetzgeber hierunter alle Untersuchungen ohne Rücksicht auf den Ort der Vornahme verstanden wissen will. Die Bestimmung lautet: „Erfordert die Untersuchung zu 16 (bakteriologische, chemische) einen vorgängigen Besuch oder eine vorgängige Besichtigung, so treten die Gebühren zu 3 hinzu. Offenbar ist hier das Wort „Besuch“ in Beziehung auf Personen und der Ausdruck „Besichtigung“ in Beziehung auf Sachen gebraucht. Da die „Besichtigung“, je nach dem die zu begutachtenden Gegenstände in die Arbeitsräume des Arztes geschafft werden oder an Ort und Stelle verbleiben, sowohl in als außerhalb der Wohnung vorgenommen werden kann, kommen in beiden Fällen die besonderen Vergütungen von Tarif A 3 in Ansatz. Wenn nun dem Ausdruck „Vorbesuche“ die einschränkende Bedeutung von Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder Anstalt innewohnte, so ergäbe sich die unhaltbare Konsequenz, daß im Gegensatz zu den hier gleichgestellten „Besichtigungen“ die „Untersuchungen in der Wohnung oder Anstalt“ nicht besonders vergütet werden.

Der Wille des Gesetzgebers, Untersuchungen, die vom Gutachter in seinen Arbeitsräumen vorgenommen werden, besonders zu entlohnen, ergibt sich nunmehr, nachdem dargelegt ist, daß dem Ausdruck „Vorbesuche“ weder nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch noch nach der Terminologie des Gesetzes die einschränkende Bedeutung von Untersuchungen außerhalb der Wohnung zukommt, klar aus der vorbehaltlosen Bezugnahme des Tarifs A 17 Absatz 1 auf die Gebühren zu 3, also auch auf die Gebühr zu 3a. Es erscheint nicht gerechtfertigt, hier von einer redaktionellen Ungenauigkeit des Gesetzgebers zu sprechen. Denn die Zubilligung einer besonderen Gebühr für vorgängige Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt hat seine innere Berechtigung und könnte nur dann nicht als vom Gesetzgeber gewollt angesehen werden, wenn bei den außerhalb der Wohnung oder der Anstalt vorgenommenen Untersuchungen lediglich der Mehraufwand von Zeit und Mühe vergütet würde, den der Gutachter braucht, um sich an den außerhalb seiner Wohnung oder Anstalt gelegenen Ort zu begeben. Dies ist aber nicht der Fall. Denn nach Tarif A 3 Absatz 2 ist, wenn sich der Kreisarzt im Falle zu b an Ort und Stelle begeben hat und die Untersuchung ohne sein Verschulden nicht stattfinden kann, nur eine Gebühr von 3 Mark in Ansatz zu bringen, während die Gebühr bei Ausführung der Untersuchung 5 Mark beträgt. Hieraus ist zu entnehmen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers der Untersuchungsakt selbst und die dabei entfaltete Geistestätigkeit des Gutachters besonders entlohnt werden soll. Die geistige Tätigkeit des Arztes ist aber bei Untersuchungen in und außerhalb seiner Wohnung gleichwertig. Wird die außerhalb der Wohnung vorgenommene Untersuchung besonders vergütet, so ist aus demselben Grunde auch die Vergütung für Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt geboten.

Demgegenüber kann die Tatsache, daß das Gesetz bei Befundscheinen und Befundattesten (Tarif A 11 und 12) eine besondere Gebühr nur für die Untersuchungen außerhalb der Wohnung oder der Anstalt zubilligt (Tarif A 17 Absatz 2), nicht ins Gewicht fallen. Diese besondere Regelung findet ihre Erklärung in dem Unterschied der Befundscheine und der wissenschaftlichen Gutachten. Die Ausstellung eines Befundscheins geht mit der erforderlichen Untersuchung Hand in Hand, da beide gleichzeitig erfolgen und die Niederschrift des Befundes eine besondere geistige Tätigkeit nicht erfordert. Demgemäß vergütet das Gesetz hier bei den Untersuchungen außerhalb der Wohnung nur den Mehraufwand von Zeit und Mühe für den Weg; denn wenn die Untersuchung an Ort und Stelle ohne Verschulden nicht vorgenommen werden kann, so erhält der Arzt dieselbe Vergütung wie für die Vornahme der Untersuchung (Tarif A 17 Absatz 2 und 3). Der Untersuchungsakt selbst wird bei den Befundscheinen ihrer inneren Natur entsprechend mit der für die Ausstellung angesetzten Gebühr mit abgegolten. Anders verhält es sich bei den wissenschaftlichen Gutachten, die das Ergebnis einer Untersuchung niederlegen und nach allen Richtungen begrunden. Hier tritt eine besondere geistige Tätigkeit zu Tage, die von der für die Untersuchung aufgewendeten durchaus verschieden ist.

Die vorbehaltlose Inbezugnahme auf die Gebühren zu 3 kann umsoweniger als eine Inkorrektheit im Gesetzestext angesehen werden, als dann auch die Fassung von Satz 1 derselben Gesetzesbestimmung als inkorrekt bezeichnet werden müßte. Der Gesetzgeber bestimmt hier, daß die zu 4 bestimmte Gebühr

(für Akteneinsicht außerhalb des Termins) in den Gebühren zu 13 und 15 mit einbegriffen ist. Stünde der Gesetzgeber auf dem Standpunkt, daß Untersuchungen in der Wohnung oder der Anstalt nicht besonders zu vergüten sind, so wäre es zur Vermeidung von Mißdeutungen geboten gewesen, außer der Gebühr zu 4 auch die Gebühr zu 3a als in der Gebühr zu 13 miteinbegriffen aufzuführen. Der Gesetzgeber hat die Gebühr zu 3a hier aber konsequenterweise nicht aufgeführt, weil er im nächstfolgenden Satz bestimmt, daß diese Gebühr nicht mit abgegolten, sondern neben der Gebühr zu 13 in Absatz zu bringen ist.

Nach alledem ist der Anspruch des Beklagten auf besondere Vergütung der in seiner Wohnung vorgenommenen Untersuchung nach Maßgabe des Tarifs A zu 3a berechtigt und der Rückforderungsanspruch des Klägers dementsprechend unbegründet.

Der hier vertretene Rechtsstandpunkt ist auch vom 2. Strafsenat des Kammergerichts in der Strafsache c/a Ruhle 2 W. 687/12 (Beschluß vom 20. September 1912)[1]) eingenommen worden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens. Rundschreiben des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 30. November 1912.

Die nachstehend abgedruckten „Grundsätze für die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens" sind von dem Reichs-Gesundheitsrat in Gemeinschaft mit weiteren Sachverständigen in der Sitzung vom 10. und 11. Mai 1912 beschlossen worden und den Bundesregierungen sowie dem Herrn Statthalter in Elsaß-Lothringen zur Kenntnis mitgeteilt, damit sie den Behörden und Stellen, denen die Fürsorge für das Rettungswesen anvertraut ist, als praktisch bewährte Anleitung bei ihrem Wirken dienen.[2]) Der Inhalt dieser Grundsätze soll keineswegs in allen Einzelheiten und überall bindend sein, vielmehr es unbenommen lassen, örtlichen Verhältnissen Rechnung zu tragen.

A. Rettungswesen.

I. Allgemeines.

1. Wesen und Aufgaben des Rettungswesens. Das Rettungswesen ist ein wichtiger Zweig der öffentlichen Krankenfürsorge und bezweckt die erste Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen.

Die erste Hilfe soll sich auf die Aufhebung und Abwendung der augenblicklichen Gefahr für Leben oder Gesundheit beschränken.

Die Weiterbehandlung nach der ersten Hilfe gehört nicht zu den Aufgaben des Rettungswesens.

2. Mitwirkung der Aerzteschaft. Bei der Einrichtung des Rettungswesens ist die Mitarbeit der Aerzteschaft in ausreichender Weise sicher zu stellen.

Die erste Hilfe ist am besten durch Aerzte zu leisten.

3. Nothelfer. In Abwesenheit des Arztes und bis zu seiner Ankunft sollen von Aerzten ausgebildete Nothelfer erste Hilfe leisten. Ihre Tätigkeit muß einer ständigen ärztlichen Ueberwachung unterstellt sein.

4. Krankenhäuser. Einen Stützpunkt des Rettungswesens sollen die Krankenhäuser bilden. Neben diesen kommen sonstige behördliche oder private Einrichtungen zur Versorgung Verunglückter und plötzlich Erkrankter in Betracht, z. B. Rettungswachen, ständige oder fliegende Sanitätswachen, Polizei- oder Feuerwachen und Krankenbeförderungsstellen.

5. Vergütung für die Hilfeleistung. Aerzte und berufsmäßige Nothelfer sollen für den Rettungsdienst eine angemessene Vergütung erhalten.

6. Aufbringung der Mittel. Die Kosten für das Rettungswesen

---

[1]) Der Abdruck dieses Beschlusses des Kammergerichts wird erfolgen, sobald die Redaktion eine Abschrift davon erhalten hat.

[2]) In Preußen sind infolgedessen die Grundsätze durch Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Dezember 1912 — M. 7990 — mitgeteilt.

sind in erster Linie aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. Für die Leistung der ersten Hilfe ist von Zahlungsfähigen eine angemessene Gebühr zu erheben.

7. Verwaltung des Rettungswesens. Es ist anzustreben, daß das Rettungswesen in eigene Verwaltung der mit der öffentlichen Krankenfürsorge betrauten Organe genommen wird.

Wo geeignete freiwillige Körperschaften vorhanden sind, kann der Vollzug des Rettungswesens ihnen übertragen werden. In diesem Falle sind ihnen ausreichende Mittel aus öffentlichen Fonds zur Verfügung zu stellen.

Denjenigen öffentlichen Stellen, welche zu den Kosten beitragen, ist eine ausreichende Mitwirkung bei der Verwaltung und Aufsicht der Rettungseinrichtungen zu sichern.

8. Meldewesen. Für Einrichtung eines zweckmäßigen Meldewesens ist Sorge zu tragen.

9. Aerztliche Aufsicht. Das gesamte Rettungswesen (Anstalten und Betrieb) ist in ärztlich-technischer Beziehung unter die Aufsicht des staatlichen oder kommunalen Medizinalbeamten zu stellen.

10. Krankenbeförderung. Zu dem Rettungswesen gehört das Krankenbeförderungswesen.

II. Besonderes.

a) Die örtliche Regelung des Rettungswesens.

11. Wachedienst. Wo das Bedürfnis vorliegt, ist ein ständiger, ärztlicher Wachedienst (Rettungswache) einzurichten. An diesem sind, soweit er nicht von den Aerzten der Krankenhäuser versehen wird, möglichst viele Aerzte unter bestimmten Bedingungen zu beteiligen. Ueber die Bedingungen und Dienstvorschriften sind Vereinbarungen mit der Aerzteschaft zu treffen.

12. Nichtärzte für erste Hilfe. Wo örtliche Gründe diesen ständigen ärztlichen Wachedienst nicht gestatten, ist Laienpersonal, das durch Aerzte ausgebildet und beaufsichtigt wird, für die erste Hilfe zur Verfügung zu halten und die Leistung der ersten ärzlichen Hilfe sicher zu stellen.

13. Räumliche Einrichtung. Für den Wachedienst sind geeignete, d. h. helle, heiz- und lüftbare und mit Lagerstätten versehene Räume auszuwählen, welche die Ausführung der ersten Hilfe, die Unterbringung Bewußtloser, den Aufenthalt des Arztes, des Heildieners und die Unterbringung der Krankenbeförderungs- und sonstigen Gerätschaften ermöglichen.

Der für die Leistung der ersten Hilfe bestimmte Raum soll zu anderen Zwecken nicht benutzt werden.

14. Hilfspersonal. In jeder Rettungswache muß mindestens ein berufsmäßiger Nothelfer zur Verfügung stehen, welcher dem wachthabenden Arzte bei den Hilfeleistungen zur Hand geht und in dessen Abwesenheit die bis zu seiner Ankunft erforderliche erste Hilfe leistet.

15. Meldewesen. Die Meldung der Unfälle und plötzlichen Erkrankungen an die zur Vermittlung der ersten Hilfe eingerichteten Stellen geschieht entweder unmittelbar persönlich oder durch Benutzung von besonderen Meldeeinrichtungen (Fernsprecher, Telegraph, Post-Unfallmeldestellen, Feuermelder), welche auch die Anmeldung der Verunglückten und Kranken in den Krankenanstalten vermitteln. Es empfiehlt sich, in Ortschaften, wo verschiedene Veranstaltungen für erste Hilfe (Krankenhäuser, Rettungswachen, Sanitätswachen, Feuerwachen, Polizeiwachen und dergl.) vorhanden sind, diese unmittelbar mit einem Mittelpunkt (Zentrale) zu verbinden. Die Krankenhäuser sind zu verpflichten, die Zahl der nichtbelegten Betten dieser Zentrale, nach Vereinbarung, fortlaufend mitzuteilen.

b) Einrichtungen für erste Hilfe in Krankenhäusern.

16. Schaffung von Einrichtungen in größeren Krankenhäusern. Es ist anzustreben, daß in allen Krankenhäusern ausreichende Fürsorge für die Leistung der ersten Hilfe getroffen und namentlich auch in den größeren Krankenhäusern sofortige ärztliche Hilfe erhältlich ist.

17. Leistung der ersten Hilfe durch Pflegepersonen in kleinen Krankenhäusern. Falls ein Arzt im Krankenhause nicht ständig anwesend ist, muß Vorsorge getroffen werden, daß bis zur Ankunft des Arztes die erste Hilfe durch geeignete Pflegepersonen geleistet werden kann.

18. Räume für die erste Hilfe. Wo die räumlichen Verhältnisse es ermöglichen, ist für die Leistung der ersten Hilfe ein besonderes Zimmer mög-

lichst in der Nähe des Einganges des Krankenhauses in Bereitschaft zu halten, das von den sonstigen Krankenräumen getrennt und mit den für die erste Hilfe erforderlichen Gegenständen ausgestattet ist.

c) Erste Versorgung Bewußtloser und Geisteskranker.

19. Versorgung Bewußtloser. Besondere Maßnahmen erfordert die erste Hilfe bei Personen, die bewußtlos angetroffen werden (z. B. Epileptiker, Alkoholiker).

20. Wo besondere Räume für die erste Versorgung Bewußtloser eingerichtet sind, sollen sie in der Regel Vorrichtungen für die Erwärmung und Abkühlung, zur Darreichung von Bädern und Mittel zur Wiederbelebung und Beruhigung enthalten.

21. Bewußtlose nicht im Polizeigewahrsam unterbringen. Bewußtlose dürfen nur ausnahmsweise und nur dann im Polizeigewahrsam untergebracht werden, wenn dort ein geeigneter Raum hierfür zur Verfügung steht, wo bis zur Ankunft des Arztes die erste Hilfe durch ärztlich ausgebildete Personen geleistet werden kann und auch die weitere Ueberwachung der bewußtlosen Personen sichergestellt ist.

22. Ueberführung Geisteskranker in Irrenanstalten. Geisteskranke, die sich oder andere gefährden, sind den Bewußtlosen zuzurechnen. Falls die sofortige Unterbringung in eine Irrenanstalt nicht möglich ist, sollte die vorläufige Aufnahme in ein Krankenhaus herbeigeführt werden.

B. Krankenbeförderungswesen.

I. Allgemeines.

23. Ausführung der Krankenbeförderung. Personal. Für den Vollzug der Krankenbeförderung kommen in Betracht: Berufsmäßige Krankenpfleger und -pflegerinnen, Krankenträger, Mitglieder der Deutschen Vereine und Kolonnen vom Roten Kreuz, Angehörige der Samaritervereine und sonstiger gemeinnützigen Vereinigungen, Heilgehilfen (Bader), Desinfektoren, Feuerwehrleute, sowie sonstige Personen, die bereit sind, solchen Dienst werktätiger Menschenliebe zu übernehmen.

24. Ausbildung des Personals durch Aerzte. Die für die Beförderung der Kranken bestellten Personen sollen durch Aerzte in den ihnen obliegenden Aufgaben ausgebildet werden.

Aerztliche Untersuchung. Zum berufsmäßigen Krankenbeförderungsdienst sollen nur Personen zugelassen werden, die vorher durch einen Arzt auf ihren Gesundheitszustand untersucht und als geeignet befunden worden sind.

Schutzpockenimpfung. Auch ist darauf hinzuwirken, daß sie sich zum Schutze gegen die Pocken impfen lassen, sofern sie nicht durch Impfung hinreichend geschützt sind oder die Pocken überstanden haben.

25. Krankenbegleitung. Jede Krankenbeförderung soll womöglich von zwei Personen ausgeführt werden. Es ist dabei darauf hinzuwirken, daß kranke Frauen und Kinder, falls nicht von Angehörigen, wenigstens von einer weiblichen Person begleitet werden.

26. Schutzanzüge für das Personal. Die berufsmäßigen Träger und Begleiter sollen bei der Beförderung solcher Personen, bei denen das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wasch- und desinfizierbare Mäntel anlegen.

27. Bezahlung der Krankenbeförderung. Die Krankenbeförderung soll im allgemeinen nicht von vorgängiger Bezahlung abhängig gemacht werden. Von Zahlungsfähigen ist eine angemessene Gebühr zu erheben. Jedoch ist anzustreben, daß Personen, die an ansteckenden Krankheiten leiden, unentgeltlich befördert werden.

28. Verbot der Benutzung öffentlicher Fuhrwerke zur Beförderung ansteckend Erkrankter. Zur Fortschaffung von Personen, welche an einer übertragbaren Krankheit leiden oder einer solchen verdächtig sind, sollen dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (Droschken, Straßenbahnwagen, Omnibusse und dergleichen) in der Regel nicht benutzt werden.

29. Reinigung und Desinfektion nach der Krankenbeförderung. Die bei der Fortschaffung eines Kranken benutzten Beförderungsmittel einschließlich der dabei gebrauchten Gegenstände (Tragen, Decken, Kissen, Polster, Betten) sind alsbald in jedem Falle sorgfältig zu reinigen. Sie sind außerdem zu desinfizieren, wenn Beschmutzungen durch Kot und Harn oder

sonstige Ausscheidungen stattgefunden haben. Namentlich aber ist eine Desinfektion vorzunehmen, wenn eine Krankheit vorliegt oder nicht mit Sicherheit ausgeschlossen ist, bei der eine Desinfektion reichsgesetzlich oder landesrechtlich vorgeschrieben ist oder vom behandelnden Arzte als notwendig erachtet wird.

Die Desinfektion der Beförderungsmittel ist durch staatlich geprüfte Desinfektoren auszuführen.

Dem Krankenbeförderungspersonal ist die Befolgung der Desinfektionsvorschriften und der sonst gegen die Weiterverbreitung der Krankheit für nötig befundenen Maßnahmen besonders zur Pflicht zu machen.

30. Krankenhaus-Aufnahmescheine. Bei der Ueberweisung von Kranken in ein Krankenhaus empfiehlt sich die Benutzung von Krankenhaus-Aufnahmescheinen. Der Schein ist dem Begleiter des Kranken zu übergeben. Es empfiehlt sich für nicht ansteckende Kranke Scheine von weißer Farbe und für ansteckende Kranke solche von roter Farbe zu verwenden. Diese Scheine sollen mindestens außer den Personalien des Kranken auch noch eine Angabe über die vorliegende Krankheit oder den Krankheitsverdacht enthalten.

Es ist Vorsorge zu treffen, daß die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht von dem Vorhandensein eines Krankenhaus-Aufnahmescheins oder von der Vollständigkeit seiner Angaben abhängig gemacht werden darf.

II. Besonderes.

a) Krankenbeförderung in großen und mittleren Städten.

31. Personal. Es sind geeignete Personen als Krankenträger und -Begleiter auszubilden und zu bestellen.

Beförderungsmittel. Außerdem sind Krankenbeförderungswagen oder -Bahren anzuschaffen und bereit zu stellen.

Die Zahl der Beförderungsmittel und des Personals soll der Größe der Stadt, der Zahl der Einwohner, der Zahl und der Entfernung der Krankenhäuser und den sonstigen örtlichen Verhältnissen entsprechen.

Unterbringung der Krankenbeförderungsmittel. Die Krankenbeförderungsmittel sollen an schnell und leicht erreichbaren Stellen der Stadt bereit stehen. Sie können zweckmäßig in Krankenhäusern, in Rettungswachen, Sanitätswachen, Polizeiwachen, Feuerwachen, Bahnhöfen, in größeren Betrieben und dergleichen aufgestellt werden.

Die Stellen, wo die Krankenbeförderungsmittel untergebracht und wo die mit ihrer Bedienung betrauten Personen anzutreffen sind, sind öffentlich bekannt zu geben und durch ein angebrachtes Schild kenntlich zu machen.

b) Krankenbeförderung in kleinen Städten und auf dem Lande.

32. Angliederung des Krankenbeförderungswesens. Wo Krankenhäuser vorhanden sind, werden die Einrichtungen für die Krankenbeförderung in der Regel mit diesen zweckmäßig in Verbindung gebracht.

Es ist anzustreben, daß im Bezirke jeder unteren Verwaltungsbehörde (Kreis, Bezirksverwaltung) mindestens ein Krankenbeförderungswagen zur Verfügung steht.

Zur Beschaffung und Unterhaltung von Krankenbeförderungswagen kann der Zusammenschluß mehrerer Gemeinden zu einem Zweckverband in Betracht kommen.

Die Krankenbeförderungsstellen sind mit Bahren auszurüsten, die bei der Krankenbeförderung auf Leiter-, Kasten- oder sonstigen Landwagen untergebracht werden können.

Behelfseinrichtungen. Im übrigen ist es ratsam, auf dem Lande die für den einzelnen Fall nötigen Beförderungsmittel unter der Leitung eines Arztes oder einer in der Krankenbeförderung besonders ausgebildeten Person als Behelfseinrichtungen herstellen zu lassen und ständig bereitzuhalten oder dafür zu sorgen, daß wenigstens Personen vorhanden sind, die im Bedarfsfalle solche Behelfseinrichtungen herstellen können.

Personal. Es ist zweckmäßig, daß für jede Gemeinde mindestens zwei Personen in der Beförderung Kranker ausgebildet sind.

c) Herstellung von Geräten für die Krankenbeförderung.

33. Allgemeines. Die Krankenbeförderungsmittel sollen für die Aufnahme des Kranken genügende Bequemlichkeit bieten. Sie sollen so beschaffen sein, daß sie einschließlich der Decken, Polster und sonstigen Zubehörs leicht desinfiziert werden können.

34. Krankenbeförderungswagen. Am besten geeignet für die Fortschaffung von Kranken sind besondere, mit Tragbahren versehene Wagen,

die entweder von Pferden gezogen oder von einer Kraftmaschine fortbewegt werden (Kraftwagen). Es empfiehlt sich ihre äußere Gestaltung so zu wählen, daß sie möglichst wenig auffallen. Die Wagen sollen innen eine glatte Oberfläche haben. Ecken und Vorsprünge sind zu vermeiden. Für den Begleiter soll genügend Platz im Innern des Wagens vorhanden sein. Es sollen Einrichtungen zur Beleuchtung, Heizung, Lüftung sowie zur Verhütung von Erschütterungen auch im Innern vorhanden sein. Auch sollen Vorkehrungen getroffen sein, die eine Verständigung zwischen dem Wagenführer und dem Kranken oder seinem Begleiter während der Fahrt ermöglichen.

Erfrischungsmittel, Gefäße zum Auffangen von Ausscheidungen und Gerätschaften für die erste Hilfe sollen im Wagen mitgenommen werden.

35. Tragbahren. Tragbahren sollen möglichst einfach gebaut sein; der Tragboden wird am besten aus Segeltuch und abnehmbar hergestellt. Zur Tragbahre gehören je nach der Witterung einige Wolldecken, die mit leinenen, vollständig und fest umschließenden Ueberzügen zu versehen sind.

Der Kopfteil der Tragbahre soll verstellbar sein. Die Tragbahren müssen für die Träger bequem anzufassen sein.

36. Räderbahren. Räderbahren und Fahrradbahren sind auf dem Lande dann zweckmäßig, wenn gute Wege vorhanden und die Entfernungen nicht zu groß sind. Am besten eignen sich solche Bahren mit einem abnehmbaren kastenartig gebauten Oberteil, dessen Kopfende hochgestellt werden kann. Zur Bedeckung des Kranken ist außerdem ein Verdeck aus Segeltuch mit einer Oeffnung für die Beobachtung des Kranken vorzusehen. In der Bahre müssen Segeltuchkissen sowie Wolldecken, die in vollständig und fest umschließende Leinenüberzüge geschlagen sind, vorhanden sein.

B. Königreich Preussen.

Kreismedizinalbeamte als Vertrauensärzte für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. Dezember 1912 — M. 2069 — an die Herren Regierungspräsidenten.[1])

Auf Antrag des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ermächtige ich die Kreismedizinalbeamten, für ihren Amtsbezirk die Stellung als Vertrauensarzt für die genannte Versicherungsanstalt zu übernehmen, indem ich zugleich bestimme, daß diese Tätigkeit zur vertrauensärztlichen des Kreisarztes (§ 115 der Dienstanweisung) gehört.

Das wichtigste Gebiet für diese ärztliche Wirksamkeit ist bis zum Ablauf der Wartezeit für den Rentenbezug die Begutachtung im Heilverfahren. Ferner kommt bei Anträgen auf Abkürzung der Wartezeit die Erstattung der nach § 395 des Gesetzes vom 20. Dezember 1911 erforderlichen Gesundheitszeugnisse in Betracht. Eine wesentliche Erweiterung der Tätigkeit der Vertrauensärzte wird eintreten, sobald nach Ablauf der Wartezeit die Erstattung von Gutachten in Rentensachen notwendig werden wird.

Als Honorar sind für das Gutachten im Heilverfahren 9 Mark, für das Gesundheitszeugnis 6 Mark in Aussicht genommen. In beiden Fällen ist die Benutzung bestimmter Vordrucke vorgesehen. Die Kosten des letzteren Zeugnisses sind von dem antragstellenden Versicherten zu tragen. Von dem Betrage für das Gutachten im Heilverfahren werden von der Reichsversicherungsanstalt, gleichviel ob der Antrag bewilligt oder abgelehnt wird, 6 Mark übernommen, während vom Versicherten 3 Mark bei der Untersuchung erhoben werden sollen. Diese Beteiligung des Versicherten an den Kosten des Gutachtens erscheint begründet, teils um die allzu leichtherzige Stellung von Anträgen einzuschränken, teils um die Reichsversicherungsanstalt bei den erheblichen Kosten der besonders im Anfange zweifellos zahlreich einlaufenden Anträge zu entlasten. Die Begleichung des auf die Reichsversicherungsanstalt entfallenden Anteils am ärztlichen Honorar wird auf Grund der eingegangenen Gutachten halbjährlich erfolgen.

Im übrigen bemerke ich noch, daß die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beabsichtigt, da, wo es erforderlich ist, auch andere Aerzte als Gutachter heranzuziehen.

Ew. Hochwohlgeboren — Hochgeboren — ersuche ich ergebenst, hiernach die Kreisärzte und Kreisassistenzärzte mit Weisung zu versehen und ihnen

[1]) Ein Ministerialerlaß ähnlichen Inhalts ist vom Großherzoglich Hessischen Ministerium des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege, unter dem 3. Juli 1912 an die dortigen Kreisärzte und Kreisassistenzärzte ergangen.

aufzugeben, sich mit den einschlägigen Bestimmungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 — Reichs-Gesetzblatt S. 989 ff. — eingehend vertraut zu machen.

Der Absatz 2 des § 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte („Als vertrauensärztliche Verrichtungen kommen .... in Betracht") erhält folgenden Zusatz: „r. Die Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen auf Grund der Bestimmungen des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911, Reichs-Gesetzblatt S 989 ff."

Berichterstattung über das Impfwesen. Erlaß des Ministers des Innern vom 18. Dezember 1912 — M. 12353 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euere pp. ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte gefälligst zu veranlassen, in dem durch § 117 der Dienstanweisung vom 1. September 1909 vorgeschriebenen Jahresberichte künftig von einer besonderen Berichterstattung über das Impfwesen abzusehen und nur kurz auf den jährlichen Hauptimpfbericht nach § 89 der Dienstanweisung Bezug zu nehmen. In gleicher Weise ist auch in dem alljährlich hierher einzureichenden allgemeinen Gesundheitsberichte der Regierungs- und Medizinalräte — Erlaß vom 19. Januar 1912, Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 41 — unter Verzicht auf weitere Ausführungen über den Gegenstand nur auf den allgemeinen Jahresimpfbericht zu verweisen, der nach wie vor gemäß Erlaß vom 26. Juli 1883 — M. 4748 — zu erstatten ist.

Inkrafttreten der deutschen Arzneitaxe für 1913. Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 18. Dezember 1912.

Ich bestimme, daß die durch Bundesratsbeschluß festgesetzte Deutsche Arzneitaxe 1913 mit dem 1. Januar 1913 für das Königreich Preußen in Kraft tritt. Die amtliche Ausgabe der Arzneitaxe ist im Verlage der Weidmannschen Buchhandlung in Berlin SW. 68, Zimmerstraße 94, erschienen und im Buchhandel zum Ladenpreise von 1 M. 25 Pf. für ein in Leinen gebundenes Exemplar zu beziehen.

Ueberschreitungen der Taxe unterliegen der Bestrafung nach § 148 Abs. 1 Ziff. 8 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (Fassung vom 26. Juli 1900, R.-G.-Bl. S. 871 flg.).

B. Königreich Bayern.

Wasseruntersuchungen. Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 29. September 1912 — an die K. Regierungen, Kammern des Innern, die K. Bezirksämter und die Gemeindebehörden.

In der letzten Zeit hat sich der Fall ereignet, daß eine Gemeinde ihrer öffentlichen Wasserversorgungsanlage neue Quellen zuleitete, ohne sie einer chemischen und bakteriologischen Untersuchung zu unterstellen, und daß diese Quellen, wie sich später herausstellte, Bazillen der Ruhrgruppe enthielten. Die Folge war ein gehäuftes Auftreten von Darmerkrankungen.

Dieses Vorkommnis bietet Anlaß, darauf aufmerksam zu machen, daß es sich empfiehlt, nicht nur jede Neuanlage, sondern auch jede beabsichtigte größere Aenderung einer öffentlichen Wasserversorgungsanlage, namentlich eine Erweiterung durch Zuleitung neuer Quellen, vor der Ausführung einer sachverständigen Prüfung zu unterstellen.

Ferner werden die K. Bezirksämter angewiesen, bei der Genehmigung der Ableitung von Quellwasser nach Art. 19 des Wassergesetzes auf die Vornahme einer chemischen und bakteriologischen Untersuchung des abzuleitenden Wassers hinzuwirken, wenn die Ableitung zu einer öffentlichen Wasserversorgungsanlage erfolgen soll. Auf die Notwendigkeit solcher Untersuchungen ist schon in der durch die Ministerialentschließung vom 20. Oktober 1906 hinausgegebenen Anleitung des Bundesrats für die Einrichtung öffentlicher Wasserversorgungsanlagen usw. hingewiesen worden. Im übrigen haben die K. Bezirksämter den unterstellten Gemeindebehörden allgemein nahezulegen, daß sie nicht nur von jeder Neuanlage einer öffentlichen Wasserversorgungsanlage, sondern auch von jeder an einer solchen beabsichtigten Aenderung zunächst das Bezirksamt zur Herbeiführung der etwa zu veranlassenden sachverständigen Prüfung verständigen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 2. 20. Januar. 1913.

Rechtsprechung.

Der zweite Obduzent hat bei Erstattung von Obduktionsberichten oder Gutachten nur dann Anspruch auf Gebühren, wenn seine Mitwirkung ausdrücklich gerichtsseitig verlangt ist. Beschluß des Landgerichts in Aurich vom 8. Oktober 1912.

Der San.-Rat Dr. T. hat am 23. Juni 1913 bei der Obduktion der Leiche des von der R. geborenen Kindes als zweiter Sachverstäadiger neben dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. W. aus N. mitgewirkt. Beide Sachverständigen haben nach Schluß der Obduktion ihr Gutachten über die Todesursache zu Protokoll des Gerichts gegeben.

Durch Verfügung des Untersuchungsrichters vom 4. Juli 1912 ist sodann der Med.-Rat Dr. W ersucht worden, eine eingehende gutachtliche Aeußerung über die Todesursache, sowie darüber, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Angeschuldigte das Kind gleich nach der Geburt getötet hat. Darauf hat der Med.-Rat Dr. W. dem Untersuchungsrichter ein Gutachten vom 15. Juli 1912 eingereicht, welches von ihm und dem San.-Rat Dr. Th. unterschrieben war. Antragsteller fordert auf Grund des § 29 Abs. 5 der Vorschriften für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen vom 17. Oktober 1904 für die Unterschrift des Gutachtens, die er als zweiter Obduzent geleistet habe, eine Gebühr von 9 Mark.

Dem Antrage konnte nicht stattgegeben werden.

Beauftragt ist mit der Erstattung des ausführlichen Gutachtens vom Untersuchungsrichter **nur** der Med.-Rat Dr. W. Der Wortlaut der Verfügung läßt auch nicht darauf schließen, daß ein von beiden Obduzenten gefertigtes Gutachten gewünscht wurde. Dem Dr. Th. kann demnach, da ihm ein Auftrag zur Mitanfertigung des Gutachtens nicht erteilt war, die Gebühr nicht zugebilligt werden. Glaubte der Med.-Rat Dr. W. nicht in der Lage zu sein, auf Grund des Obduktionsbefundes allein ein begründetes Gutachten abzugeben, hätte eine weitere Entschließung des Untersuchungsrichters herbeigeführt werden müssen. Die Bestimmung des § 29 der oben genannten Vorschriften berechtigten den Dr. Th. nicht ohne weiteres das Gutachten mit auszustellen.

Bestrafung wegen unrechtmäßiger Bezeichnung als „Apotheker“ auf Grund des Gesetzes über unlauteren Wettbewerb. Urteil des Reichsgerichts vom 12. November 1912.

Es ist festgestellt, daß der Angeklagte weder „Apotheker“ ist, noch die Kenntnis eines solchen besitzt.[1] Da aber das Publikum den Waren eines Apothekers höheren Wert beilegt, so sind seine unwahren Angaben auch als irreführend zu betrachten. Am Tatbestande wird dadurch nichts geändert, daß seine Waren nicht geringwertiger als Apothekerwaren gewesen sind. Der Angeklagte hat auch gewußt, daß er nicht Apotheker ist, und trotzdem sich

[1] Der Angeklagte hatte zwar pharmazeutische Studien getrieben und in Apotheken gearbeitet, aber die Staatsprufung als Apotheker nicht bestanden. Er betrieb unter dem Namen seiner Frau ein chemisches Laboratorium, in dem er hauptsächlich Mittel gegen Männerschwäche und Frauenleiden herstellte, fur die er dann durch Anzeigen und Broschüren eine ausgiebige Reklame entfaltete. In diesen Ankundigungen hatte er die Bezeichnung „Fabrik und Alleinvertrieb Apoth. K.“ benutzt; in der Abkurzung „Apoth.“ war von dem Landgericht der unzulässige Gebrauch des „Apothekertitels“ sowie unlauterer Wettbewerb erblickt.

zu Täuschungszwecken als solchen öffentlich bezeichnet, um eine irrige Meinung hervorzurufen. Damit ist der unlautere Wettbewerb zweifelsfrei bewiesen.

Die Leiter von Filial-Drogengeschäften müssen ebenfalls die Genehmigung zum Gifthandel besitzen, falls in diesen Geschäften Gifte feilgehalten werden. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-Sen.) vom 11. November 1912.

Mit Giften darf nur derjenige handeln, der die persönliche Zuverlässigkeit und die Genehmigung zum Gifthandel besitzt. Wenn der Geschäftsführer eines Hauptgeschäftes auch diese Genehmigung besitzt, so darf doch der Leiter eines Filialgeschäftes ohne eine solche weder Gifte feilhalten noch verkaufen. Die Giftkonzession ist eine persönliche Angelegenheit; ohne sie hat niemand ein Recht, Gifthandel selbständig oder für eine andere Person auszuüben.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Unerlaubte Beilegung von Bezeichnungen wie Assistent, Arzt am Krankenhaus und dergl. durch Medizinalpraktikanten. Erlaß des Ministers des Innern vom 7. Dezember 1912 — M. 20473 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Es ist mehrfach beobachtet worden, daß Kandidaten der Medizin, die noch im Praktischen Jahre nach §§ 59 ff. der Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 standen, bei Bewerbungen um Assistenzarztstellen und anderen Gelegenheiten sich selbst als Assistent, Arzt am Krankenhaus und dergl. bezeichneten. Nach § 29, 147 Nr. 3 der Reichsgewerbeordnung ist die Beilegung solcher und ähnlicher Bezeichnungen, durch die der Anschein erweckt wird, als handele es sich um einen approbierten Arzt, unstatthaft und unter Strafe gestellt.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, den Leitern der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute, soweit sie Ihrer Aufsicht unterstehen, einen entsprechenden Hinweis an die Praktikanten gefälligst nahezulegen.

Wiederbelebungsversuche in elektrischen Betrieben. Erlaß des Ministers des Innern vom 21. Dezember 1912 — M. 8028 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In zahlreichen großen elektrischen Fabriken und Betrieben ist für Unglücksfälle durch den elektrischen Strom das Unterbeamtenpersonal und ein großer Teil der älteren Arbeiter eingeübt auf Anstellung von Wiederbelebungsversuchen (künstliche Atmung pp.) und hat dahingehende Anweisung, solche Versuche erforderlichenfalls bis zu zwei Stunden Dauer ununterbrochen fortzusetzen. Denn die Erfahrung hat ergeben, daß gerade Unglücksfälle, die durch den Durchgang des elektrischen Stromes durch lebenswichtige Organe versucht sind, für den Erfolg von Wiederbelebungsversuchen die allergünstigste Aussicht bieten.

Nun ist angeblich beobachtet worden, daß gelegentlich sofort zum Unglücksfall herbeigerufene Aerzte, auch beamtete Aerzte, die im Gange befindlichen Wiederbelebungsversuche vorzeitig haben abbrechen lassen — oft schon ganz kurze Zeit nach dem Unglücksfall — unter Hinweis darauf, daß der Tod eingetreten sei.

Wiederholt sollen die mit den Wiederbelebungsversuchen Beschäftigten dem betreffenden Arzt erwidert haben, sie hätten Auftrag, die Versuche unter allen Umständen 2 Stunden lang fortzusetzen, sie sollen aber von dem Arzte unter Berufung auf sein Verfügungsrecht über das, was mit einer Leiche zu geschehen habe, daran gehindert worden sein.

Eure Hochgeboren (Hochwohlgeboren) ersuche ich ergebenst, Sich nach Anhörung der Kreisärzte über das Vorstehende zu äußern und den Bericht bis zum 1. April 1913 an den Herrn Oberpräsidenten einzureichen.

B. Königreich Sachsen.

Anstaltsfürsorge an Geisteskranke. Gesetz (a) und Ausführungsverordnung (b) vom 12. November 1912.

a.

§ 1. Die Landesanstalten haben alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und deren Unterbringung ein sächsischer Ortsarmenverband in Erfüllung seiner armenrechtlichen Verpflichtung oder eine sächsische Gemeinde aus besonderen sachlichen Gründen beantragt, aufzunehmen und so lange zu verpflegen, als die eben angegebenen Voraussetzungen dauern.

Geisteskrank im Sinne dieses Gesetzes sind auch die Epileptischen, soweit sie zu den gewalttätigen epileptisch Irren zu zählen sind.

§ 2. Die Ortsarmenverbände und Gemeinden haben, bevor sie den Antrag auf Unterbringung stellen, ein ärztliches Gutachten einzuholen, in zweifelhaften Fällen das Gutachten des Bezirksarztes.

Ueber die Aufnahme entscheidet die Anstaltsdirektion. Eine Ablehnung hat sie zu begründen. Ueber die Beschwerde hiergegen befindet die für den Ortsarmenverband oder die Gemeinde zuständige Kreishauptmannschaft. Die Beschwerde ist auch zulässig, wenn die Anstaltsdirektion beschlossen hat, den Kranken zu entlassen. Eine solche Entlassung ist ebenfalls zu begründen.

Die Beschwerde ist binnen einer Woche nach der Bescheidung des Ortsarmenverbandes oder der Gemeinde zu erheben und hat aufschiebende Wirkung, wenn sie sich gegen eine Entlassung richtet.

Die Entscheidung der Kreishauptmannschaft ist endgültig.

§ 3. Im Falle der Selbstzahlung sind die Anstaltskosten von den Aufgenommenen und, soweit deren Mittel nicht ausreichen, von den Personen zu entrichten, die nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts unterhaltspflichtig sind.

Bis zur Beibringung eines anderen Zahlers ist der Landesanstalt gegenüber zunächst der Armenverband oder die Gemeinde, welche die Aufnahme herbeigeführt oder sonst die Zahlungsverbindlichkeit übernommen hat, sodann derjenige Armenverband zahlungspflichtig, der nach den armenrechtlichen Vorschriften für den Kranken zu sorgen hat.

§ 4. Für die sächsischen Ortsarmenverbände, soweit ihnen die Unterstützung eines Kranken vorläufig oder endgültig obliegt, und für die sächsischen Gemeinden besteht der gleiche Verpflegsatz. Dieser bemißt sich nach der Hälfte des Aufwandes, der, nach dem Durchschnitte des Gesamtaufwandes aller Landesirrenanstalten berechnet, auf einen Kranken der billigsten Verpflegklasse täglich entfällt.

Die Höhe des Satzes macht das Ministerium des Innern mit der Maßgabe bekannt, daß er frühestens ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung in Kraft tritt.

§ 5. Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1913 in Kraft, soweit nicht mit einzelnen Städten etwas anderes vereinbart worden ist.

Auf geisteskranke Verbrecher, die wegen ihrer Gewalttätigkeit der Aufnahme in einer geschlossenen Anstalt bedürfen, findet das Gesetz schon vom 1. Januar 1913 an unbeschränkt Anwendung.

Mit der Ausführung des Gesetzes wird Unser Ministerium des Innern betraut, das auch in der bisherigen Weise Anstaltsordnungen zu erlassen und darin insbesondere die bei Aufnahme eines Kranken erforderlichen Unterlagen anzugeben hat.

Urkundlich haben Wir dieses Gesetz eigenhändig vollzogen und Unser Königliches Siegel beidrucken lassen.

b.

§ 1. Das Gesetz bezweckt lediglich, das Verhältnis der Landesirrenanstalten zu den Ortsarmenverbänden und Gemeinden zu regeln, das Recht der Kranken und ihrer gesetzlichen Vertreter, der Aufnahme zu widersprechen oder die Entlassung zu verlangen, berührt es nicht.

Auch läßt es das Recht der Landesirrenanstalten unberührt, in anderen als den vom Gesetze bezeichneten Fällen Geisteskranke aufzunehmen.

§ 2. Die Gemeinden und Ortsarmenverbände bleiben verpflichtet, für Geisteskranke bis zur Entscheidung über deren Aufnahme ein angemessenes Unterkommen zu schaffen (zu vergl. die Instruktion zur Verordnung vom

23. August 1874, Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 138). Die von den Bezirksverbänden ausgenommenen Städte haben außerdem für Fälle vorübergehender geistiger Erkrankung Stationen zu unterhalten.

Bevor das Gesetz in Kraft tritt, bestimmt die Direktion der zuständigen Landes-Heil- und -Pflegeanstalt nach Gehör des beteiligten Bezirksarztes, wer von den Insassen einer Gemeinde- oder Bezirksanstalt unter das Gesetz fällt; nötigenfalls ist nach § 2 des Gesetzes zu verfahren.

§ 3. Das Gutachten, welches dem Aufnahmeantrage beizufügen ist, muß von einem staatlich approbierten Arzt ausgestellt sein und auf persönlicher Untersuchung beruhen. Es gilt vier Wochen vom Tage der Untersuchung an.

Sollen Kranke aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Leipzig in eine Landesanstalt überführt werden, so ersetzt das Gutachten, welches die Direktion der Klinik ausgestellt hat, das Gutachten des Bezirksarztes.

§ 4. Die Beschwerden an die Kreishauptmannschaft sind Eilsachen.

Die Kreishauptmannschaft entscheidet in kollegialer Zusammensetzung.

Braucht die Kreishauptmannschaft zur Vorbereitung ihrer Entschließung das Gutachten eines weiteren Psychiaters, so hat dieses Gutachten das Landesgesundheitsamt abzugeben.

§ 5. Beruht die Ablehnung der Anstaltsdirektion nur darauf, daß der Zustand des Aufzunehmenden Anlaß zu Zweifeln darüber bietet, ob die gesetzlichen Voraussetzungen zur Irrenanstaltspflege gegeben sind, so darf die Kreishauptmannschaft mit Zustimmung des Beteiligten oder seines gesetzlichen Vertreters eine Beobachtung in einer Landes-Heil- und Pflegeanstalt anordnen. Die Anstalt selbst bestimmt das Ministerium des Innern. Die Unterbringung darf höchstens drei Monate dauern. Innerhalb dieser Frist hat die Kreishauptmannschaft endgültig zu entscheiden.

§ 6. In anderen als den von § 2 des Gesetzes bezeichneten Beschwerdefällen steht den Beteiligten gegen Entschließungen der Anstaltsdirektionen die Beschwerde an das Ministerium des Innern zu.

§ 7. Bei der Unterbringung von Landarmen und in den Fällen von §§ 33, 60 des Unterstützungswohnsitzgesetzes haben die Kreishauptmannschaften in Vertretung des Landarmenverbandes (Staates) mit den Landesanstalten unmittelbar abzurechnen, unbeschadet ihres Rechts, auch in diesen Fällen Ortsarmenverbände mit Wahrnehmung der armenrechtlichen Fürsorge zu betrauen (§ 2 Abs. 2, § 6 der Verordnung vom 6. Juni 1871, Ges.- und Verordn.-Bl. S. 82, § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 15. Juni 1876, Ges- und Verordn.-Bl. S 268.)

Für die auf Kosten des Landarmenverbandes oder des Staates untergebrachten Geisteskranken ist der gewöhnlicke Pflegesatz zu entrichten. Die Ortsarmenverbände haften für den Schaden, der durch eine von ihnen verschuldete Verzögerung des Uebernahmeverfahrens den Anstalten erwächst.

§ 8. Unberührt bleibt das Recht der Landesanstalten, auch von anderen als den in § 3 des Gesetzes bezeichneten Personen, insbesondere von öffentlichen Kassen und Gesellschaften (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten), die Anstaltskosten erstattet zu verlangen.

Die vorläufige Zahlungspflicht der Armenverbände und Gemeinden ändert nichts an der Haftung des endgultigen Zahlers auch für diese Zeit.

§ 9. Der tägliche Verpflegsatz für die sächsischen Ortsarmenverbände und Gemeinden beträgt vom Inkrafttreten des Gesetzes an bis auf weiteres 1,25 Mark.

Bei Berechnung des dem Staat erwachsenden Aufwandes sind weder die Summen, welche die großen Städte infolge der neuen Regelung der Irrenanstaltsfürsorge zu zahlen haben, noch der gegenwärtige Wert der Anstalt Dösen anzusetzen, die mit dem Jahre 1913 in Staatsbesitz übergeht.

§ 10. Besonderer Verordnung bleibt es vorbehalten, eine vorläufige Ordnung für die Anstalt Dösen und eine gemeinsame Ordnung für alle Landes-Irrenanstalten zu erlassen.

§ 11. Das Gesetz tritt für die Städte Leipzig am 1. Januar 1913, Chemnitz spätestens am 1. April 1914, Plauen und Zwickau am 1. April 1914, Dresden am 1. April 1915 in Kraft.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 3. 5. Februar. 1913.

Rechtsprechung.

Begriff „Vorbesuche". Auch die vom Anstaltsarzt bei den in der Anstalt untergebrachten Kranken gemachten Besuche fallen darunter. Beschluß des preuß. Kammergerichts (II. Str.-S.) vom 20. September 1912.

Der Beschwerdeführer hat den nach § 81 Str.-P.-O. der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesenen Angeschuldigten beobachtet und über das Ergebnis ein wissenschaftlich begründetes, schriftliches Gutachten erstattet. Der Beschwerdeführer berechnet neben der Gebühr für das Gutachten mit 30 M. noch die Gebühr für 6 Vorbesuche mit 18 M. Das Landgericht hat die Gebühr für die Vorbesuche abgesetzt, indem es unter Bezugnahme auf die Beschlüsse des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 27. Juni 1908 und des Oberlandesgerichts Cöln vom 6. November 1908, sowie des Erlasses des Ministers der geistlichen usw. Angelegenheiten vom 17. Dezember 1910 ausgeführt hat, daß die Beobachtung der Kranken zu den Dienstpflichten des Beschwerdeführers als Anstaltsarztes gehört habe, und daß der Beschwerdeführer die Anstaltsräume zur Vornahme dieser Dienstverrichtungen nicht habe zu verlassen brauchen.

Der Ansicht des Landgerichts kann nicht beigetreten werden. Die Beschlüsse der Oberlandesgerichte Cöln und Düsseldorf, denen noch die des Oberlandsgerichts Celle vom 28. Juni 1907, des Oberlandesgerichts Hannover vom 15. Mai 1908, des Kammergerichts vom 22. Dezember 1905 (Mugdan-Falkmann 17, 241; Büro-Bl. 07, 139) hinzugefügt werden können, betreffen den Rechtszustand nach dem Gesetz vom 9. März 1872; sie können für die Auslegung des geltenden Gesetzes vom 14. Juli 1909 (G. S. 615) nicht verwertet werden; denn dieses hat die früher streitig gewesene Frage über die Berechnung von Vorbesuchen zu Gunsten der Anstaltsärzte entschieden.

Nach dem Tarif A. 13 beträgt die Gebühr für ein schriftliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten 10—30 M. Dieser Gebühr tritt die Gebühr für Vorbesuche, Tarif A 8, hinzu, wenn sie zur Ausstellung des Gutachtens erforderlich waren (Tarif A 17). Als Vorbesuche gelten aber nach Tarif A 3 auch Besuche, die der Anstaltsarzt dem Kranken in der Anstalt macht.

Allerdings hat der Minister der geistlichen usw. Angelegenheiten in dem Erlaß vom 17. Dezember 1910 sich dahin ausgesprochen, daß unter Vorbesuchen im Sinne der Tarifstellen A 3, 13, 17 nur Besuche zu verstehen seien, die der Anstaltsarzt außerhalb der Anstalt mache. Diese Ansicht ist indes mit dem Wortlaut des Gesetzes unvereinbar. Sie stützt sich hauptsächlich auf die Erwägung, daß der Anstaltsarzt bei wörtlicher Auslegung der Untersuchung von Sachen auch in seiner Wohnung empfangene Vorbesuche berechnen dürfe, und daß die Bestimmungen über Ausstellung von Befundscheinen (Tarif A 11, 12, 17 Abs. 2 und 3) entsprechend auf die Ausstellung von Gutachten (Tarif A 13) angewendet werden müßten. Dieser Ansicht kann der Senat nicht beitreten. Die Möglichkeit von Vorbesuchen bei Untersuchung von Sachen erkennt das Gesetz in A 17 Absatz 4 letzter Satz ausdrücklich an, mit gutem Grunde; denn es ist eine alltägliche Erfahrung, daß der Gutachter Sachen, die er begutachten soll, vorher besichtigen muß, sei es in seinen Arbeitsräumen, sei es dort, wo sie sich befinden. Die Beschränkung der Vorbesuchsgebühr bei Ausstellung von Befundscheinen (A 11, 12) auf Besuche außer der Wohnung oder der Anstalt erklärt sich aber unschwer aus dem Unterschiede von Befundschein und wissenschaftlichem Gutachten. Die Ausstellung eines Befundscheines geht mit der erforderlichen Untersuchung Hand in Hand; das Gesetz hätte ebenso gut eine Gebühr für die Untersuchung zum

Zwecke der Ausstellung eines Befundscheines und dessen Ausstellung verschreiben können, da beide gleichzeitig erfolgen und die Niederschrift des Befundes eine besondere geistige Tätigkeit nicht erfordert.

Anders liegt es bei wissenschaftlichen Gutachten, die das Ergebnis einer Untersuchung niederlegen und nach allen Richtungen hin begründen sollen. Hier tritt eine besondere geistige Tätigkeit zu Tage, die von der für die Untersuchung aufgewendeten durchaus verschieden ist. Das Gesetz berücksichtigt deshalb bei Befundscheinen nur den Mehraufwand der Zeit, die der Aussteller verwendet, wenn er sich zum Zweck der Ausstellung an einen außerhalb seiner Wohnung oder Anstalt gelegenen Ort begeben muß.

Der Beschwerdeführer hat die Notwendigkeit von Vorbesuchen glaubhaft gemacht. Die Gebühr für die dem Gesetze entsprechende Zahl von 3 Vorbesuchen steht ihm deshalb zu. Dagegen ist der Anspruch auf eine Gebühr von 3 weiteren Vorbesuchen zurückzuweisen. Wenn der Beschwerdeführer im Laufe seiner Arbeit erkannte, daß 3 Vorbesuche für die Erstattung des Gutachtens nicht ausreichen würden, so hätte er sich unter Darlegung des Sachverhaltes an die Behörde wenden sollen, um die erforderliche Zustimmung zur Fortsetzung der Vorbesuche zu erhalten. Zu einer nachträglichen Genehmigung der überzähligen Vorbesuche, die gesetzlich nicht ausgeschlossen ist, hat der Senat keinen Anlaß. Der Beschwerdeführer rechtfertigt sein Verlangen nur mit der Erwägung, daß im allgemeinen mehr als drei Vorbesuche erforderlich seien, und unter Hinweis auf die Länge seines Gutachtens, was nicht ausreicht, um die Notwendigkeit dieser Vorbesuche zu erkennen.[1]

Schadenersatzpflicht eines Arztes bei Gesundheitsbeschädigungen durch Untersuchung und Behandlung mit Röntgenstrahlen tritt nicht ein, wenn er dabei die nach dem jeweiligen Stande der Wissenschaft notwen-

---

[1]) In gleicher Weise haben auch die Landgerichte zu Stettin und Gumbinnen (Beschluß vom 5. Januar 1913) die in der Wohnung empfangenen und in einer Anstalt gemachten Vorbesuche als „gebührenpflichtig" bei der Abgabe von schriftlichen Gutachten erklärt, während die Oberrechnungskammer den im Min.-Erlaß vom 17. Dezember 1910 zum Ausdruck gebrachten gegenteiligen Standpunkt annimmt, wie aus dem nachstehenden Bescheid des Oberstaatsanwaltes zu Naumburg hervorgeht:

„Die Erinnerung der Oberrechnungskammer gegen die Festsetzung der Sachverständigengebühren für den Kreisarzt Dr. B. wird, soweit die Gewährung von Gebühren aus Tarifstelle A 3 neben solchen aus Tarifstelle A 17 des Tarifs für drei Vorbesuche in Frage kommt, für begründet erklärt.

Daß zur Erstattung von schriftlichen ausführlichen und wissenschaftlich begründeten Gutachten nach Ziffer 13 des Tarifs Untersuchungen in der Regel sogar mehrere erforderlich sind, ist selbstverständlich. Das Wort „Vorbesuch" in Ziffer 17 Abs. 1 Satz 2 des Tarifs kann daher nicht gleichbedeutend sein mit dem Worte „Untersuchung" in Ziffer 3 des Tarifs, weil Satz 2 a. a. O. doch gerade eine Gebühr für eine von der regelmäßigen abweichende besondere Tätigkeit festsetzt. Das Gewicht ist daher auf das Wort „Besuch" zu legen. Als „Besuche" können aber nur die vom Arzte gemachten Besuche außerhalb der Anstalt oder seiner Wohnung angesehen werden, nicht aber auch empfangene Besuche, weil bei letzteren die Tätigkeit des Arztes lediglich in der Untersuchung besteht.

Es ist daher den Ausführungen zu dem Beschlusse des Strafsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 29. April 1912 beizutreten und der Gewährung einer Gebühr aus Tarifstelle 17 Abs. 1 Satz 2 für drei Vorbesuche für ungerechtfertigt zu erklären, da der Dr. B. Anstaltsarzt war, und daher Besuche bei dem Gefangenen St. nicht außerhalb der Anstalt gemacht hat."

Bei diesen Meinungsverschiedenheiten zwischen den einzelnen Gerichtsstellen einerseits und zwischen den Gerichten, der Zentralinstanz und der Oberrechnungskammer andererseits ist eine endgültige, für die Zukunft maßgebende Entscheidung der Frage dringend erwünscht; dasselbe gilt betreffs der Frage, ob eine besondere Gebühr für Aktenstudium bei Abgabe von Befundscheinen und Befundattesten berechnet werden kann, die ebenfalls strittig und verschiedenartig entschieden ist.

digen Vorsichtsmaßregeln beachtet hat. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 1. Oktober 1912.

Der Gutsbesitzer C. in N., der bei der Versicherungsgesellschaft Rhenania gegen Unfall versichert war, erlitt im Jahre 1900 durch Fall neben einigen Rippenbrüchen eine Unterleibsverletzung, für die er von der Gesellschaft entsprechend entschädigt wurde. 10 Jahre später fühlte er von neuem Beschwerden und verlangte nochmals eine Entschädigung von der Gesellschaft, die den Dr. St. in B. beauftragte, den G. einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen und darüber ein Gutachten zu erstatten, ob die gegenwärtigen Leiden mit Sicherheit auf den Unfall zurückzuführen seien. Dr. St. nahm eine Untersuchung des G. vor und behandelte ihn an drei Tagen fünfmal mit Röntgendurchstrahlung, die jedoch nicht den gewünschten Erfolg hatte, sondern durch innere Verbrennung einen Schaden verursachte. G. machte hierauf gegen die Gesellschaft sehr hohe Schadenersatzansprüche geltend, die im Klagewege in allen drei Instanzen als berechtigt anerkannt und durch Vergleich entschädigt wurden. Nun strengte die Gesellschaft eine Regreßklage gegen Dr. St. an und verlangte Rückerstattung der gezahlten Entschädigungssumme, da er es bei der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen an der nötigen Sorgfalt habe fehlen lassen und außerdem die Röntgenbestrahlung eigenmächtig vorgenommen habe. Hätte er die Gesellschaft befragt, so würde diese ihr Einverständnis nicht gegeben haben, da die Behandlung nicht ohne Gefahr sei. Auch habe er versäumt, den G. auf die Gefahren aufmerksam zu machen. Der Beklagte bestritt nicht die Tatsache, berief sich aber auf Verjährung und besonders darauf, daß er bei Behandlung alle Vorsichtsmaßregeln berücksichtigt habe. Die Klage wurde sowohl von dem Landgerichte, als vom Oberlandesgericht Breslau mit folgender Begründung abgewiesen: Die Streitverkündung des G. dem Dr. St. gegenüber unterbreche wohl an sich die Verjährungsfrist, sie sei aber nur für den Fall gültig, wenn der Rechtsstreit des G. gegen die Gesellschaft ungünstig ausgelaufen wäre; dies sei jedoch nicht der Fall gewesen. Durch einen Sachverständigen sei ferner festgestellt, daß es Dr. St. an der nötigen Sorgfalt bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen nicht habe fehlen lassen. Die Technik behufs Verhütung von Schäden bei dieser Behandlung sei damals noch wenig bekannt gewesen; man hätte zwar gewußt, daß die Strahlen wohl die Haut, nicht aber, daß sie auch die inneren Organe schädigten. Die nach dem derzeitigen Stande der Wissenschaft notwendigen Maßnahmen habe, aber Dr. St. zur Verhütung etwaiger Schäden angewandt. Das Reichsgericht stellte sich auf denselben Standpunkt wie die Vorinstanzen und wies die Revision der Klägerin zurück. (Sächs. Korrespondenz.

Prahlerische Ankündigung einer Heilmethode durch Aerzte. Urteil des Preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 17. November 1912.

Dr. R. und Gen. hatten in Berliner Tagesblättern Ankündigungen über „unerreichte Dauererfolge gegen Syphilis“ veröffentlicht und waren infolgedessen auf Veranlassung des Polizeipräsidenten wegen Uebertretung der von ihm erlassenen Polizeiverordnung, durch die eine prahlerische Ankündigung von Heilmethoden verboten ist, verurteilt. Die von ihnen dagegen erhobene Revision, die sie damit begründeten, daß eine Anwendung der Polizeiverordnung auf Aerzte unzulässig sei, wurde durch Urteil des Kammergerichts als unbegründet zurückgewiesen und in diesem Urteil ausdrücklich anerkannt, daß sich die betreffende Polizeiverordnung auch auf Aerzte beziehe.

Irreführende Angaben über die genossene Ausbildung als Verstoß gegen das Gesetz über unlauteren Wettbewerb. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 5. November 1912.

Die ärztliche Standesehre verbietet bekanntlich den deutschen Aerzten die Ausübung jeglicher Reklame; auffallende Annoncen und Firmenschilder sowie schriftliche Propaganda sind verpönt; nur der wissenschaftliche Ruf und etwa noch die Tätigkeit bei bestimmten Krankenkassen können den pekuniären Erfolg des prakt. Arztes beeinflussen. Dieses Prinzip ist in seinem Grundgedanken durchaus gesund und eine Bürgschaft für den idalen Geist und

den schlichten, wissenschaftlichen Eifer und Wert der deutschen Aerzteschaft. Von dem Reklameverbot gibt es bekanntlich jedoch eine Ausnahme, die Niederlassungsanzeige. In ihr zeigt der junge Arzt an, daß er selbständig eine Praxis eröffnet hat, und zwar als einfacher prakt. Arzt, Kassenarzt oder Spezialist für irgendein besonderes Heilverfahren oder auch für einen engeren Komplex von Leiden (Nerven-, Nasen- und Ohren-, Zähne, Mund-, Haut- und Harnleiden usw.). In diesem Falle wird gewöhnlich hinzugefügt, ob der ankündigende Arzt gleichzeitig noch ein Lehramt an einer Hochschule bekleidet oder etwa bei einer bekannten medizinischen Kapazität als Assistent gearbeitet hat. Wie weit hier der Begriff der Assistentenschaft ohne Verstoß gegen die guten Sitten, insbesondere die Bestimmungen des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb zu fassen ist, zeigt die folgende Entscheidung des 2. Strafsenats des Reichsgerichts vom 5. November 1912 in der Revisionssache des Zahnarztes Fr. gegen das Urteil des Landgerichts Berlin I vom 21. Mai 1912. Der Zahnarzt Fr. in Berlin hatte sich in seiner Niederlassungsanzeige als früheren Assistenten bei Prof. Dr. Sachs bezeichnet, während er in Wirklichkeit nur 4½ Monat lang als Assistent im „Institut für zahnärztliche Fortbildung" in Berlin tätig gewesen war, in dem Prof. Dr. Sachs einen Spezialkursus von wöchentlich zwei bis vier Stunden abhielt, bei dem ihm Fr. während seiner kurzen Anstellungszeit assistiert hatte. Im übrigen hatte er keinerlei Assistentendienste geleistet. Da seine Anzeige den Anschein eines besonderen günstigen Angebots darstellte und nur zur Irreführung des Publikums geeignet war, wurde er vom Landgericht wegen Vergehens gegen das Gesetz über den unlauteren Wettbewerb zu 50 Mark Geldstrafe verurteilt. Die dagegen erhobene Revision beim Reichsgericht wurde verworfen und von diesem ebenfalls ein Verstoß gegen das genannte Gesetz angenommen, da Fr. die zur Irreführung geeignete Angabe wider besseres Wissen gemacht habe.

Unbefugte Führung des Doktortitels durch einen Arzt. Urteil des Sächsischen Oberlandesgerichts (Str.-S.) vom 27. November 1912.

In G. praktizierte ein nicht promovierter Arzt namens D., der u. a. auch für die dortige Krankenkasse tätig war. Auf den Krankenscheinen schrieb er seinen Namen ziemlich unleserlich, machte hinter dem großen D. einen Schnörkel, der wie ein r aussah und hing dann erst die anderen Buchstaben in unleserlicher Manier daran. Infolgedessen eröffnete die Staatsanwaltschaft gegen ihn das Verfahren wegen unbefugter Titelführung auf Grund des § 360 Abs. 8; das zu seiner Verurteilung in allen Instanzen führte. In seiner Berufung vor dem Landgericht bestritt der Angeklagte die Beabsichtigung der unbefugten Titelführung; er habe den Schnörkel hinter dem D unbewußter Weise gemacht und hätte, wenn er sich der unbefugten Titelführung schuldig machen wollte, die Bezeichnung Dr. vor seinen vollen Namen setzen müssen. Das habe er aber nicht getan und deshalb auch nicht gegen das Strafgesetz verworfen. Das Landgericht verwarf die Berufung und ließ es bei der Bestrafung bewenden. Der Angeklagte habe absichtlich den Dr.-Titel geführt. Diese Absicht gehe schon daraus hervor, daß er sich auf anderen Schriftstücken in regulärer Weise unterzeichnet habe. Das Oberlandesgericht schloß sich dieser Auffassung an und erklärte in seinem Urteil, daß jede Veranstaltung, die zur Täuschung eines anderen durch einen Titel unternommen werde, ausreichend für eine Bestrafung sei. (Sächsische Korrespondenz.)

Das von einem Arzte einem Aerzteverbande gegenüber gegebene Ehrenwort bildet keinen wichtigen Grund zur vorzeitigen Kündigung der Lösung eines Vertrages mit einer Krankenkasse. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 17. Dezember 1912.

Der Arzt Dr. med. G. schloß zur Zeit des Streikes zwischen Aerzten und Krankenkassen in B. im Jahre 1910 einen Vertrag, demzufolge er sich dem Krankenkassenverband in B. verpflichtete, gegen 10800 M. jährliche Entschädigung für die Zeit vom 15. Juli 1910 bis zum 15. Juli 1918 ärztliche Dienste zu leisten. Für etwaige Nichtantretung der Stelle wurde eine Vertragsstrafe von 12000 M. ausbedungen. Der Krankenkassenverband verlangte nun klageweise die Zahlung dieser Strafe, weil Dr. G. die Stelle nicht antrat. Der beklagte Arzt wandte ein, der Vertrag sei auf Grund des § 626 B.-G.-B.

nichtig, weil er sich ehrenwörtlich dem Leipziger Aerzteverband gegenüber verpflichtet habe, während eines Aerztestreiks den betreffenden Aerzten nicht in den Rücken zu fallen. Die Stelle in B. habe er nur angenommen in der Meinung, der Aerzteboykott bestehe nicht mehr für B. Da dies doch der Fall gewesen sei, habe er dies als Grund betrachtet, daß er die Stelle nicht anzutreten brauche. Außerdem seien ihm die Verhältnisse in B. beim Vertragsschlusse falsch dargestellt worden. Zwei der fünf neu angestellten Kassenärzte in B. seien in sittlicher und wissenschaftlicher Beziehung minderwertig gewesen, so daß die anderen Aerzte von den Kranken überlastet worden seien. Unter diesen Umständen habe ihm die Uebernahme der Dienste nicht zugemutet werden können. Das Landgericht erklärte jedoch den Anspruch des Klägers für dem Grunde nach gerechtfertigt; das Kammergericht Berlin bestätigte diese Entscheidung und betonte in seinem Urteil, daß die erste Instanz mit Recht ausdrücklich den Einspruch des Beklagten auf sein dem Leipziger Aerzteverband gegebenes Ehrenwort als unbegründet zurückgewiesen habe. Als gebildeter Mensch und Arzt habe er sich bewußt sein müssen, daß er sich darauf nachträglich nicht mehr berufen könne. Die angeblich drohende Arbeitsüberlastung könne er ebensowenig als wichtigen Kündigungsgrund geltend machen, weil ihm ein solcher erst gegeben sei, wenn er die Stelle angetreten hätte und dem Uebelstande trotz Mitteilung an die Aufsichtsbehörde nicht abgeholfen worden wäre. Uebrigens habe er aus dem Schreiben des klagenden Verbandes erkennen müssen, daß er als Streikarzt eintreten solle, und auch wissen müssen, daß sich als solche nicht gerade die tüchtigsten Aerzte anstellen ließen. Zur Erkundnng über die Verhältnisse in B. habe ihm schließlich auch ausreichend Zeit zur Verfügung gestanden. Wenn er trotzdem die Stelle wegen der guten Dotierung angenommen habe, könne er jetzt nicht mehr geltend machen, das Zusammenarbeiten mit den anderen Kassenärzten könne ihm nicht zugemutet werden. — Auch das Reichsgericht teilte die Ansicht des Vorderrichters und wies die Revision des Beklagten als unbegründet zurück.

Fahrlässige Tötung durch eine Hebamme. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-Sen.) vom 5. November 1912.

Die Hebamme Ch. in Ch. wurde am 20. März 1912 nach einem Nachbardorf gerufen, um der Besitzersfrau T. bei ihrer Niederkuft Beistand zu leisten. Sie nahm die nötigen Manipulationen vor, ohne ihre Hände in der vorgeschriebenen Weise desinfiziert zu haben, sondern wusch diese zuvor nur in kaltem Wasser und ohne Seife. Da bei starkem Blutverlust die Nachgeburt nicht austreten wollte, wickelte sie die Nabelschnur um ihre rechte Hand und zog stark daran. Sie entfernte auf diese Weise die Nachgeburt, überzeugte sich nachher nicht, ob diese vollständig entfernt war, sie zog auch, obwohl die Blutungen nicht aufhörten, keinen Arzt hinzu. Am 3. Tage nach der Geburt stellte sich bei der Wöchnerin Schüttelfrost ein und am 6. Tage stieg die Körpertemperatur so, daß ein Arzt herbeigeholt wurde. Dieser fand noch Teile der Nachgeburt und eine eitrige Entzündung vor, konnte aber keine Rettung mehr bringen. Frau T. starb am 31. März an Kindbettfieber und Entkräftung. Der ärztliche Befund besagte, daß eine Infektion von außen herbeigeführt worden sei. — Die Hebamme wurde zur Verantwortung gezogen und von der Strafkammer wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StrGB.) zu einem Jahr 6 Monaten Gefängnis verurteilt. In den Urteilsgründen wurde ausgeführt: Nach den bestehenden Vorschriften habe die Angeklagte ihre Hände 5 Minuten lang in warmem Wasser und mit Seife waschen und darauf 2 Minuten mit Lysol oder Sublimat desinfizieren müssen. Dies habe sie nicht getan, sondern habe es mit einer kalten Waschung bewenden lassen. Sie habe in nicht sachgemäßer Weise die Nachgeburt entfernt, sich aber nicht überzeugt, ob noch Reste der Nachgeburt vorhanden waren. Dann habe sie sich nicht um die Blutungen und den eingetretenen großen Schwächezustand der Wöchnerin gekümmert und keinen Arzt zu Rat gezogen. Alle diese Pflichtwidrigkeiten hätten den Tod der Frau T., der durch Infektion veranlaßt sei, herbeigeführt. Die Angeklagte habe als staatlich approbierte Hebamme die Aufmerksamkeit, zu der sie beruflich verpflichtet war, außer acht gelassen und somit grob fahrlässig gehandelt. — Die Hebamme legte gegen das Urteil Revision beim Reichsgericht ein und rügte

darin Gesetzesverletzung. Das Urteil der Strafkammer stelle nur fest, daß der Tod der Frau T. durch Wundinfektion herbeigeführt sei. Die Sachverständigen hätten sich dahin ausgesprochen, daß es sehr wahrscheinlich sei, daß die Wundinfektion durch die Hebamme verschuldet wäre. Die Frage sei also noch offen, eine Wahrscheinlichkeit genüge nicht zur Verurteilung. — Das Reichsgericht verwarf jedoch die Revision, da die Fahrlässigkeit der Angeklagten während des Geburtsaktes von der Strafkammer festgestellt sei und das erstinstanzliche Urteil einen Rechtsirrtum nicht erkennen lasse.

Coryfin[1])-Bonbons sind nicht als „Pastillen" anzusehen und daher dem freien Verkehr überlassen. Urteil des preuß. Oberlandesgerichts in Naumburg a. S. vom 2. Oktober 1912[2]).

Eine äußere Bezeichnung von Schiebladen, in denen abgefaßte, vorschriftsmäßig bezeichnete Arzneimittel ordnungsmäßig aufbewahrt werden, ist in Drogenhandlungen nicht erforderlich. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 11. März 1912.

Empfehlung einer Apotheke durch einen Arzt ist standesunwürdig. Urteil des preuß. Aerztlichen Ehrengerichtshofes vom 17. Juli 1912.

Die Empfehlung einer bestimmten Apotheke durch einen Arzt ohne triftige sachliche Gründe enthält auch unabhängig von der noch rechtsgültigen Bestimmung des alten Medizinaledikts vom 27. September 1725 und 17. November 1798 nach dem für die ehrengerichtliche Beurteilung allein und ausschließlich maßgebenden § 3 des Ehrengerichtsgesetzes eine ehrengerichtlich strafbare Pflichtverletzung. Der Arzt und der Apotheker sind an sich auf ein angemessenes Zusammenarbeiten angewiesen, und so wenig wie der Apotheker zu einer allein dem Arzte vorbehaltenen Heilbehandlung oder zur Empfehlung eines bestimmten Arztes oder einer bestimmten Behandlung berechtigt ist, so wenig darf der Arzt ohne weiteres eine bestimmte Apotheke diskreditieren und vor einer anderen benachteiligen. Zum mindesten muß ein Arzt, der seine Patienten anweist, eine bestimmte Apotheke vor einer anderen aufzusuchen, weil die andere mangelhaft arbeite oder ihm irgendwie zu Beanstandungen Anlaß gegeben habe, vorher die nach seiner Ansicht vorhandenen Mängel der Apotheke entweder durch Benehmen mit dem Apotheker selbst oder durch eine Anzeige bei den zuständigen Behörden, d. h. bei dem Kreisarzt, dem Regierungspräsidenten oder der Apothekenkammer zu beseitigen versuchen und in dieser Beziehung die gegebenen Mittel erschöpft haben. Es ist nicht angängig, daß ein Arzt diese sachlich gebotenen Wege überhaupt nicht beschreitet, vielmehr alsbald persönlich mit einer Art von Boykottierung der Apotheke vorgeht.

Die Abgabe von Kleesalz ohne Gift- und polizeilichen Erlaubnisschein genügt nicht, um dem Verkäufer die Zuverlässigkeit abzusprechen und ihm die Genehmigung zum Gifthandel zu entziehen.[3]) Entscheidung des Preuß. Ober-Verwaltungsgerichts (III. S.) vom 5. Dez. 1912.

---

[1]) Coryfin ist eine Handelsbezeichnung für den sogenannten „Ester", d. h. eine zusammengesetze Aetherart und Methylglykosäureester des Methols.

[2]) Das preuß. Kammergericht (I. Str.) hat sich dagegen in seinem Urteil vom 7. Oktober 1912 auf den Standpunkt gestellt, daß es strafbar ist, wenn unter der Bezeichnung „Bonbons" Zubereitungen als Heilmittel feilgehalten würden, die als Pastillen, Plätzchen, Zeltchen oder Tabletten im Sinne der Kaiserlichen Verordnung anzusehen seien; nicht die Bezeichnung, sondern die Form und Herstellungsweise seien entscheidend. Von diesem Gesichtspunkte aus müßten auch die „Coryfin-Bonbonss", „Laxin-Bonbons", „Vinco-Konfekts" usw. geprüft werden.

[3]) In dem vorliegenden Falle hatte ein wegen Zuwiderhandlungen gegen

Anordnung der Schließung eines Brunnens durch die Polizei und Forderung des Anschlusses eines Grundstücks an die Ortswasserleitung. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. Sen.) vom 22. März 1912.

Die Klage richtet sich gemäß § 127 Abs. 2 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 gegen den Bescheid des Beklagten vom 9. Dezember 1911. Den Gegenstand des Bescheides bildete die Rechtmäßigkeit der polizeilichen Verfügung vom 20. August 1909, die einerseits die Schließung des Brunnens, anderseits den Anschluß des H.'schen Hauses an die Ortswasserleitung forderte. Ob diese Forderungen berechtigt gewesen sind, ist nach demjenigen Tatbestand zu beurteilen, welcher zur Zeit des Erlasses jener Verfügung vorgelegen hat. Alles dasjenige, was der Kläger später zur Verbesserung des Brunnens getan zu haben behauptet, kann demnach für das vorliegende Streitverfahren nicht berücksichtigt werden. Glaubt der Kläger, daß die durch die Verbesserung erreichte gegenwärtige Beschaffenheit des Brunnens geeignet sein kann, einen Antrag, von der Durchführung der polizeilichen Anforderungen gegenwärtig abzusehen, zu rechtfertigen, so muß es ihm überlassen bleiben, die erforderlichen Schritte gegenüber der Polizeibehörde unabhängig von dem jetzt zur Entscheidung kommenden Streitverfahren zu tun.

Nach dem in der Rechtsprechung des Gerichtshofs anerkannten Grundsatze, an dem auch jetzt festgehalten wird, kann die Polizei die **Schließung eines Brunnens** schon dann fordern, wenn der Gebrauch seines Wassers deshalb gesundheitsgefährlich ist, weil nach den örtlichen Umständen jederzeit Krankheitskeime in das Wasser eingedrungen sein können, und dieses Eindringen sich der Beobachtung entzieht. Der Nachweis, daß das Brunnenwasser tatsächlich gesundheitsschädlich sei, ist also nicht ein unbedingtes Erfordernis für das Einschreiten der Polizei (Entsch. des Ob.-Verw.-Ger. vom 10. Dezember 1897, Preuß. Verw.-Blatt Jahrg. 19, S. 342); es genügt hierzu vielmehr die nahe liegende Möglichkeit eines Gesundheitsschadens als Folge seines Gebrauches. Hiernach kam es darauf an, ob nach den tatsächlichen Verhältnissen vom 20. August 1909 das Wasser aus dem Brunnen des Klägers für gesundheitsgefährlich zu erachten war. Der Gerichtshof hat diese Frage bejaht und zwar auf Grund folgender Erwägungen:

Der Brunnen, ein Schachtbrunnen, entbehrte nach der vom Kreisarzt vorher gegebenen Schilderung sowohl im Schachte selbst, wie auch in seiner Abdeckung eines wasserdichten Abschlusses. Er liegt in einem Abhange unterhalb eines gedüngten Ackerstücks, etwa 11 m von diesem entfernt. Nach der örtlichen Feststellung des Kreisarztes, der im Oktober 1909 wiederholt den Brunnen besichtigt hat, fließt das Wasser von dem Dunglande in der Richtung auf den Brunnen ab. Nach dem Gutachten dieses Sachverständigen: „enthält der Brunnen zu Regenzeiten ganz sicher nicht genügend filtrierte Abflußwässer.“ Die unmittelbare Umgebung des Brunnens war zur Zeit der Besichtigung durch den Kreisarzt morastig, und die Hausabwässer flossen damals in ein Faß, welches auf dem Brunnen selbst stand; der Sachverständige erachtete deshalb auch die Gefahr für vorliegend, daß das Erdreich in der Umgebung des Brunnens vielleicht durch überfließende Abwässer schon verjaucht sei. Eine Instandsetzung des Brunnens hielt er für nicht möglich, „da stets die Gefahr einer Verunreinigung durch Oberflächenwasser möglich“ sei. Auf Grund dieses Gutachtens, das auf genauer Kenntnis der Eigentümlichkeiten der örtlichen Lage beruht und nach seinem Wortlaut auch unter Berücksichtigung des filtrierenden Einflusses der in Betracht kommenden Erdschichten abgegeben worden ist, hat der Gerichtshof die Ueberzeugung davon gewonnen, daß im August 1909 die Gefahr des unbeobachteten Zutritts gesundheitsschädlicher Bestandteile in das Wasser des Brunnens absehbar vorlag. Die von dem Kläger

---

die Kaiserliche Verordnung, betr. den Verkehr mit Arzneimitteln, mehrfach bestrafter Drogist einer Näherin Kleesalz ohne Gift- und polizeilichen Erlaubnisschein verabfolgt, die damit einen Vergiftungsversuch gemacht hatte. Der Drogist behauptete, die Käuferin als zuverlässig gekannt und das Kleesalz ohne Erlaubnisschein abgegeben zu haben, weil es zu einem erlaubten wirtschaftlichen Zwecke (Reinigung von Hüten) verlangt sei.

beigebrachte Analyse des Brunnenwassers vom September 1911 konnte hierbei nicht in Betracht kommen, und zwar nicht nur mit Rücksicht auf ihren Zeitpunkt, hinter dem der Erlaß der angefochtenen Verfügung um 2 Jahre zurückliegt, und auf den Umstand, daß der Kläger inzwischen an der Brunnenanlage die vorher beschriebenen Verbesserungen vorgenommen hatte, sondern auch auf Grund der Erwägung, daß ein einmaliger Befund brauchbaren Wassers nicht geeignet ist, die auf Lage und Herstellungsart eines Brunnens gegründete Besorgnis des Zutritts gesundheitsschädlicher Stoffe zu dem an und für sich einwandfreien Brunnenwasser auszuschließen.

Aus der hiernach festgestellten, hauptsächlich auf der örtlichen Lage des Lage des Brunnens beruhenden Gesundheitsgefährlichkeit des Wassers aus dem klägerischen Brunnen folgte die Rechtmäßigkeit des seine Schließung fordernden Teils der angefochtenen Verfügung: denn wenn auch in der Tat nach der Angabe des Klägers als regelmäßiger Bewohner des Grundstücks nur er allein in Betracht kommen sollte — wogegen übrigens nicht nur die Vermutung, sondern auch mehrere tatsächliche Angaben in den aktenmäßigen Vorgängen des Königlichen Landrats sprachen —, so war die Zugänglichkeit des Brunnens und seine Benutzung durch Dritte nach den gesamten ländlichen Lebensverhältnissen doch nicht derart ausgeschlossen, um einem Einschreiten der Polizeibehörde aus der Erwägung heraus entgegenzustehen, daß dieselbe nicht dazu berufen sei, den einzelnen Menschen gegen sich selbst zu schützen (Entsch. des Ob.-Verw.-Ger. vom 1. Februar 1901 [Amtliche Sammlung, Bd. 39 Seite 390] und vom 19. September 1902, Preuß. Verw.-Blatt Jahrg. 24 Seite 279 ff.).

Mit der nach dem Vorstehenden zu Recht geforderten Schließung des Brunnens würde dem Wohnhause des Klägers die einzige eigene Wasserentnahmestelle genommen werden. Es gehörte unter diesen Umständen, wie schon wiederholt von dem Gerichtshof anerkannt worden ist, zu den durch § 6 f des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 in Verbindung mit § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts der Polizeibehörde zugewiesenen Befugnissen, von dem Kläger als Grundstückseigentümer zu verlangen, daß er auf anderweite Weise für die Beschaffung ausreichenden gesunden Trinkwassers sorge (Enttch. des Ob.-Verw.-Ger. vom 20. Januar 1903 [Preuß. Verw.-Bl. Jahrg. 25 Seite 93 ff.] und vom 17. September 1901 [Preuß. Verw-Bl. Jahrg. 23 Seite 534 ff] und vom 19. Juni 1896 [Entsch., Bd. 30 Seite 421 ff., 424]. Hier hat die Polizeibehörde den Anschluß an die Wasserleitung von O. angeordnet. Dafür, daß das Grundstück in der Tat, wenn der Brunnen geschlossen wurde, auf die Benutzung dieser Wasserleitung angewiesen war, spricht einerseits die Erwägung, daß der Kläger selbst nicht eingewendet hat, daß ihm eine andere Entnahmestelle zur Verfügung stehe, anderseits die in den aktenmäßigen Vorgängen des Landrats enthaltene polizeiliche Feststellung, daß, als der Brunnen im Sommer 1911 trocken lag, der Kläger in der Tat das Wasser aus dem Ueberlaufe der Wasserleitung geholt hat. Nach feststehender Rechtsprechung des Gerichtshofes würde es, auch hiervon ganz abgesehen, Sache des Klägers gewesen sein, den Beweis zu erbringen, wenn er eine andere Art der Wasserversorgung seines Grundstücks als ihm weniger lästig bezeichnen wollte. Er hat nach dieser Richtung hin überhaupt keine Behauptung aufgestellt.

Bei dieser Sachlage war daher davon auszugehen, daß der geforderte Anschluß in der Tat die nötige Anstalt zur Durchführung der notwendigen Wasserversorgung des Grundstücks war.

War hiernach die von Polizeibehörde an den Kläger gestellte Forderung sowohl hinsichtlich der Schließung des Brunnens, wie auch hinsichtlich des Anschlusses an die Wasserleitung nach den Umständen gerechtfertigt, so war die Polizeibehörde auch berechtigt, zur Durchsetzung ihrer bezüglichen Anordnung eines der ihr nach § 132 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 zustehenden Zwangsmittel anzudrohen. Nicht dagegen war sie befugt, mehrere der dort je nach den Umständen zur Wahl gestellten Zwangsmittel gleichzeitig anzudrohen (Entsch. des Ob.-Verw.-Ger. vom 17. November 1903, vom 5. November und 6. Juni 1907, Preuß. Verw-Bl., Jahrg. 25, S. 651 l, Jahrg. 29, S. 560, 661, 996, 977). Gegen diesen Grundsatz hat die angefochtene Verfügung verstoßen; denn, nachdem

sie zunächst bei Nichtbefolgung der Anordnung die Ausführung durch einen Dritten unter Einziehung eines Kostenbetrages von 100 M. in Aussicht gestellt hatte, ist in ihr „bei nicht zwangsweiser Ausführung eine Exekutivstrafe von 10 M. oder eine zweitägige Haftstrafe“ angedroht worden, d. h. also die unter Nr. 1 und 2 des angeführten Paragraphen zur Wahl gestellten Zwangsmittel sind zur Durchsetzung derselben Anordnung gleichzeitig, unter weiterem Vorbehalt der Wahl unter ihnen, angedroht. Durch einen Verstoß dieser Art wird indes nicht die Rechtsgültigkeit der ganzen Verfügung berührt; er macht vielmehr nur eine Aufhebung desjenigen Teils der Verfügung, in welchem sie mit dem Gesetze nicht vereinbar ist, notwendig. Dem entspricht es, daß zwar die Zwangsandrohung insoweit, als sie über die an erster Stelle angedrohte Ausführung durch einen Dritten gegen Einforderung eines Kostenvorschusses hinausgeht, außer Kraft gesetzt worden, die Klage aber in der Hauptsache als unbegründet zurückgewiesen worden ist.

Die Herstellung eines neuen Hochbehälters bei einer Wasserleitung kann polizeilich nur dann angeordnet werden, wenn die trübe Beschaffenheit des Wassers auf Grund sorgfältiger Ermittelungen als gesundheitsgefährdend und die angeordnete Maßregel als geeignete und nötige Maßregel zur Abstellung der Gefahr angesehen werden muß. § 35 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 bezieht sich nur auf Neueinrichtungen, die Beseitigung gesundheitsgefährdender Mißstände bei vorhandenen Einrichtungen ist daher nicht von der Leistungsfähigkeit der Gemeinde abhängig. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. S.) vom 4. Oktober 1912.

... Der Vorderrichter ist zu der für die angefochtene Entscheidung grundlegenden Feststellung, daß der Zustand der Wasserleitung zurzeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung Gesundheitsgefahren in sich geschlossen habe, lediglich aus dem Grunde gelangt, daß trübes Leitungswasser, wie es die Wasserleitung zeitweise geführt hat, unter allen Umständen nicht geeignet zum menschlichen Genuß angesehen werden müsse und Gefahren für die Gesundheit (scil. der Menschen) in sich schließe. Hierin kann ihm nicht gefolgt werden. Trübes Wasser kann nicht lediglich wegen seiner Trübung unmittelbar gesundheitsschädlich sein; die Trübung kann vielmehr auf Ursachen zurückzuführen sein, die Gefahren für den menschlichen Genuß oder sonstigen wirtschaftlichen Gebrauch an und für sich nicht erzeugen. Um die Feststellung treffen zu können, daß die Trübung des Leitungswassers die Bedeutung eines gesundheitsgefährlichen Mißstandes (im Sinne des Revisionsurteils) besitze, hätte der Vorderrichter auf Ursache und Wirkung dieser Trübung näher eingehen müssen. Da er hiervon absah und ohne weiteres in der Trübung eine gesundheitsgefährdende Eigenschaft erblickte, leidet sein Verfahren an einem wesentlichen Mangel, der zur Aufhebung der Entscheidung führen muß. Dasselbe gilt für die Art, wie sich der Vorderrichter mit der für die Entscheidung erheblichen Tatsache, daß auch nach Errichtung des Hochbehälters noch zeitweilig Trübung des Leitungswassers eingetreten ist, befunden hat, indem er erklärt hat, daß sie auf andere Ursachen zurückzuführen sei, ohne diese näher zu bezeichnen. Die Bezugnahme auf das Gutachten des Langenbach, auf die sich der Vorderrichter in dieser Beziehung beschränkt, ist unzutreffend, weil das Gutachten über die Ursache der späteren Trübung keinen Aufschluß gibt.

... Bei weiterer Prüfung erwies sich die Sache als nicht spruchreif, so daß sie nochmals zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an den Bezirksausschuß zurückzuverweisen war.

Die bisherige Beweisaufnahme (eidliche Aussage der Zeugen B., W. und Sch.) hat ergeben, daß zurzeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung das Leitungswasser zeitenweise eine trübe, lehmige, bräunliche oder rötliche Färbung annahm, da bei vorübergehend gesteigertem Druck in der Leitung angesammelter Eisen- und Schmutzabsatz aufgewühlt und den Zapfstellen zugeführt würde, und ferner, daß zuweilen das Leitungswasser überhaupt nicht bis in die höher gelegenen Ortsteile emporstieg. Wenn nun auch hierzu noch nicht notwendig

folgt, daß eine unmittelbare Gesundheitsgefahr bestanden hat, so kann doch danach auf die mittelbare Entstehung einer solchen Gefahr geschlossen werden. Indem nämlich die Wasserleituug mit den geschilderten mangelhaften Leistungen ihrer Aufgabe, die Einwohner des Ortes in ihren Wohn- und Wirtschaftsstätten dauernd und zu jeder Bedarfszeit mit einwandfreiem, insbesondere auch normal aussehendem Trink- und Wirtschaftswasser zu versorgen, nicht genügte, gab sie den Einwohnern Anlaß, wieder auf die Benutzung ihrer alten Wasserentnahmestellen zurückzugreifen, während gerade die Erkenntnis derjenigen Gesundheitsgefahren, die mit einer Benutzung der letzteren nach den örtlichen Verhältnissen tatsächlich verbunden waren, die Gemeinde zur Anlegung einer Wasserleitung bewogen hatte. Die gesundheitsgefährlichen Mißstände, deren Abstellung durch die Wasserleitung erreicht werden sollte, wenn sie ordnungsmäßig funktionierte, wurden also durch die mit den geschilderten Betriebsmängeln behaftete Leitung nicht abgestellt, sondern erhalten bezw. von neuem ins Leben gerufen.

Mag hiernach immerhin auch schon auf Grund der bisherigen Beweisaufnahme festzustellen sein, daß die Mängel der Wasserleitung gesundheitsgefährliche Mißstände zur Folge hatten, so fehlt es doch nach der gegenwärtigen Sachlage an den erforderlichen Unterlagen für die weiter notwendige Feststellung, daß die Ausführung des Hochbehälters auch die geeignete und nötige Maßregel zur Abstellung der Gefahr war. Bei Umfang und Wirkung der zwar erst von dem Sachverständigen L. im Sommer 1911 festgestellten, aber wahrscheinlich schon bis zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung zurückreichenden Verstopfung der Leitung muß es zunächst fraglich erscheinen, ob die geschilderten Mängel der Leitung nicht etwa auf diese Verstopfung als Ursache zurückzuführen und schon mit ihrer Beseitignng auch ohne Ausführung des Hochbehälters abstellbar waren. Es muß ferner auffallen, daß nach der Beweisaufnahme (Aussagen der Zeugen W. und B.) eine Trübung des Leitungswassers ähnlich der früheren auch später beobachtet worden ist, nachdem der Hochbehälter an den Betrieb der Leitung angeschlossen worden war. Nach beiden Richtungen bedarf es noch weiterer Beweisaufnahme durch Vernehmung geeigneter Sachverständigen und gegebenenfalls auch noch weitergehender Ermittelungen, und zwar nach entsprechender Anhörung der Parteien. Hierbei werden auch die Zahlenangaben der Klägerin über den bisherigen tatsächlichen Wasserverbrauch Berücksichtigung zu finden haben.

. . . . Rechtlich unerheblich aber ist die Behauptung der Klägerin, sie sei nicht genügend leistungsfähig für die Ausführung des Hochbehälters. Sie irrt, wenn sie meint, diese Leistungsfähigkeit sei eine wesentliche Voraussetzung für ihre Heranziehung zur Erfüllung der polizeilichen Auflage gewesen. Gegenüber der allgemeinen Regel, daß die Durchführung notwendiger polizeilicher Anforderungen nicht von der Leistungsfähigkeit des Heranzuziehenden abhängig ist, bedurfte es einer positiven Bekundung im Gesetze, wenn hier die Leistungsfähigkeit der Klägerin eine Voraussetzung für ihre Heranziehung bilden sollte. Die Fassung des § 35 Abs. 2 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 läßt aber keinen Zweifel daran, daß die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Gemeinden nur dann zu berücksichtigen sind, wenn es sich um die Neuherstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art — hier also der dem allgemeinen Gebrauch dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser — handelt, daß aber eine derartige Schranke für das polizeiliche Vorgehen nicht besteht, wenn bei vorhandenen Gemeindeeinrichtungen dieser Art gesundheitsgefährliche Mißstände hervortreten. Denn vorangestellt ist in dem ersten Satze des zweiten Absatzes der allgemeine Grundsatz: „Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen.“ Ihm folgt die besondere Bestimmung: „Sie können nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art, sofern dieselben zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, jederzeit angehalten werden.“ Abgesehen von der Zweifelfreiheit dieser Auffassung bietet anch die Entstehungsgeschichte des § 35 Abs. 1 a. a. O. keiner Anhalt dafür, daß etwa die Absicht dahin gegangen wäre, die Pflicht der Gemeinden, für den polizeigemäßen Zustand ihrer Einrichtungen zu sorgen, dahin abzuschwächen, daß sie nur nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit hierzu an-

gehalten werden könnten. Ist hiernach die Beschränkung auf die Leistungsfähigkeit des Heranzuziehenden eine besondere, nur für die Herstellung neuer Anlagen vorgesehene Bestimmung, so verbietet sich ihre Anwendung auf die hier der Gemeinde Adenau angesonnene Leistung, weil es sich bei dieser nur darum handelte, gesundheitsgefährliche Mißstände an einer schon bestehenden, in Betrieb genommenen Anlage durch deren zu diesem Zwecke notwendige, in dem Projekt auch schon vorgesehene Vervollständigung zu beseitigen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Gewährung von Beihilfen zur Teilnahme an außeramtlichen Fortbildungskursen. Erlaß des Ministers des Innern vom 10. Januar 1913 — M. Nr. 3274 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Erfurt und allen anderen Herren Regierungspräsidenten zur Kenntnis mitgeteilt.

Euere Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, den Kreisarzt Dr. N. auf das wieder beigefügte Gesuch um nachträgliche Bewifligung von Tagegeldern und Reisekosten für die Teilnahme an einem bei der Landesheilanstalt in Uchtspringe abgehaltenen psychiatrischen Fortpildungskursus gefälligst ablehnend zu bescheiden.

Zugleich ersuche ich, die Medizinalbeamten des dortigen Bezirks darauf hinzuweisen, daß für die Beteiligung an Fortbildungskursen Beihilfen aus diesseitigen Fonds nur dann gewährt werden können, wenn hierzu vorher meine Genehmigung eingeholt worden ist.

Stempelfreiheit der Patente über Titel- und Charakterverleihungen sowie Stempelpflichtigkeit der Bestallungen. Runderlaß der Minister des Innern und der Finanzen vom 14. Oktober 1912 — M. d. I. Ib 1490, F. M. III 11547, II 12451, I 15578 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die bisherige Verwaltungsübung, wonach Patente, durch die Regierungsreferendare nach bestandener Prüfung zum Regierungsassessor ernannt werden, nach der Tarifstelle 12 des Stempelsteuergesetzes vom 31. Juli 1895, 26. Juni 1909 (Bestallungen) mit einer Stempelabgabe von 1,50 M. versteuert worden sind, läßt sich nicht mehr aufrecht erhalten, da anerkannt werden muß, daß durch diese Urkunden den Assessoren ein Amt im Sinne der genannten Tarifstelle nicht schon endgültig verliehen, sondern für sie nur die Möglichkeit Möglichkeit geschaffen wird, später in eine solche Amtsstellung zu gelangen. Da die Urschriften (Konzepte) der Patente für Regierungsassessoren in unseren Ministerien nicht mehr vollzogen werden, so bedarf es auch nicht der Verwendung des Ausfertigungsstempels von 3 M. gemäß der Tarifstelle 10 des Stempelsteuergesetzes, sondern die Patente sind für die Folge stempelfrei auszufertigen. Dieses Verfahren beschränkt sich nicht auf die Assessorenpatente, sondern es ist auf alle anderen in der Ministerial- und Provinzialinstanz erteilten Patente über Titel- und Charakterverleihungen auszudehnen.

Die Stempelpflichtigkeit der Bestallungen (Stempeltarifstelle 12) wird hierdurch nicht berührt. Unter Bestallungen sind im Gegensatz zu Patenten, bei denen es sich um bloße Titel- und Charakterverleihungen handelt, nur diejenigen in feierlicher Form ausgestellten Urkunden zu verstehen, mittels deren einem Beamten eine neue, mit einem besonderen Dienstrange ausgestattete Amtsstellung gewährt wird. Urkunden beispielsweise, durch die Beamten-Amtsstellen in der Form einfacher Verfügungen verliehen werden, sind mit dem Bestallungsstempel nicht zu versehen, da die Fälligkeit des Bestallungsstempels nicht bloß durch den Inhalt, sondern auch durch die feierliche Form bedingt ist.

Sollten in einzelnen Fällen Zweifel über den Unterschied zwischen stempelpflichtigen Bestallungen und stempelfreien Patenten (Ausfertigungen) bestehen, so sind diese mit der zuständigen Oberzolldirektion zu erörtern. Die

Oberzolldirektionen sind angewiesen worden, solche Zweifelsfrageo, insoweit sie von grundsätzlicher Bedeutung sind, meiner, des mitunterzeichneten Finanzministers, Entscheidung zur Herbeiführung eines tunlichst gleichmäßigen Verfahrens zu unterbreiten.

Die Zeugnisse über die Ableistung des Praktischen Jahres sind von den Leitern der Krankenanstalten vorschriftsmäßig auszustellen. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. Januar 1913 — M. Nr. 20834 II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In der letzten Zeit haben die nach § 60 der Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 auszustellenden Zeugnisse über die Ableistung des Praktischen Jahres wiederholt zurückgegeben werden müssen, weil dieselben den Bestimmungen des vorgenannten Paragraphen und dem Muster 5 zu demselben nicht entsprachen. Insbesondere war aus den Zeugnissen nicht zu ersehen, daß die Kandidaten in der bescheinigten Zeit ihre praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten vertieft und fortgebildet sowie auch ausreichendes Verständnis für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs gezeigt haben. Durch die Ergänzung der Zeugnisse entsteht meist große Verzögerung bei des Erteilung der Approbation als Arzt, die für die betroffenen Kandidaten sehr störend sein kann. Mehrfach haben die Kandidaten Stellungen, die sie an bestimmten Tagen übernehmen sollten, verloren oder nicht rechtzeitig zur Ableistung ihrer militärischen Dieestpflicht eintreten können.

Ich ersuche ergebenst, die der dortigen Verwaltung unterstehenden Krankenanstalten hierauf gefälligst aufmerksam zu machen und auf die genaue Beobachtung der erwähnten Vorschriften hinzuwirken. Sollten die Leiter einiger Krankenanstalten auch fernerhin noch ungenügende Bescheinigungen über das Praktische Jahr anstellen, so müßte die Zurückziehung der Ermächtigung zur Annahme von Kandidaten (§ 59 der Prüfungsordnung) gegenüber diesen Anstalten in Erwägung gezogen werden.

Verlegung von Apotheken. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. Januar 1913 — M. Nr. 7718 — an die Herren Oberpräsidenten.

Auf Grund neuerer Erwägungeen habe ich mich veranlaßt gesehen, die in dem Erlaß vom 5. September 1894 — M. Nr. 8386 — aufgestellen Grundsätze einer Nachprüfung zu unterziehen. Mit Rücksicht auf das Ergebnis dieser Prüfung hebe ich den Absatz 4 jenes Erlasses hiermit auf. Ueber die Verlegung von Apotheken haben nach den bestehenden Bestimmungen die Herren Oberpräsidenten selbständig zu entscheiden. Der Einholung meiner Genehmigung bedarf es auch dann nicht, wenn zugleich die Erhaltung des Rechts der Vorstellung eines Geschäftsnachfolgers in Frage kommt.

Wegen der Prüfung der einschlägigen Verhältnisse verweise ich auf den Erlaß vom 22. November 1854 — M. Nr. 5103 —. Die Verlegung wird in der Regel nur dann zuzulassen sein, wenn durch sie die Errichtung einer neuen Apotheke nicht verhindert oder erheblich verzögert wird. Ist bei einer zu verlegenden verkäuflichen konzessionierten Apotheke der Konzessionsinhaber zugleich Eigentümer des bisherigen Apothekengrundstücks, so ist auch darauf zu achten, daß durch die Verlegung etwaige Hypothekengläubiger nicht geschädigt werden. (Vergleiche hierbei die Erlasse vom 9. Mai 1851 und 19. März 1852, Eulenberg; Med.-Wesen in Preußen, Seite 480/81).

Ueberwachung des Handels mit unzüchtigen Schriften, Abbildungen und Darstellungen vom Auslande her. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. November 1912 — IIa 2382 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Einverständnisse mit den außerpreußischen Bundesregierungen und dem Herrn Statthalter von Elsaß-Lothringen ist nunmehr die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht I in Berlin als staatsanwaltschaftliche Zentralstelle für des ganze Reich zur Ueberwachung des Handels mit unzüchtigen Schriften, Abbildungen und Darstellungen vom Auslande her bestellt. Der sachliche Geschäftskreis dieser Zentralstelle umfaßt die ihr bisher für Preußen zuge-

wiesenen Aufgaben. Die Mitteilung der Beschlagnahmebeschlüsse und ihrer Aufhebung an die Postbehörden erfolgt auch für den Bereich der Generaldirektionen der Posten und Telegraphen in München und Stuttgart durch die Vermittelung der Oberpostdirektion in Berlin.

Die außerpreußischen Staatsanwaltschaften, Polizei- und Zollbehörden werden die Tätigkeit der Zentralstelle in gleicher Weise unterstützen, wie bisher die entsprechenden preußischen Behörden.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, den Polizeiverwaltungen Ihres Bezirkes hiervon Kenntnis zu geben.

Frist zur Beschaffung der in der Neuauflage des Hebammenlehrbuchs vorgeschriebenen neuen Büchsen mit Jodoformwattekugeln. Erlaß des Ministers des Innern vom 20. Dezember 1912 — M. 8014 —.

Nach Einführung der Neuauflage des Hebammenlehrbuches sind alle Hebammen verpflichtet, mit tunlichster Beschleunigung sich die gemäß § 194 des Lehrbuches erforderlichen Gerätschaften zu beschaffen. Deshalb sowie aus grundsätzlichen Erwägungen ist die Benutzung der Büchsen mit Jodoformwattekugeln nach der alten Vorschrift über eine für die Beschaffung der neuen Büchsen zu gewährende angemessene Frist von etwa 2 Monaten hinaus nicht mehr angängig.

B. Königreich Bayern.

Feuerbestattung. Oberpolizeiliche Vorschriften (a) sowie Bekanntmachung (b) des Königlichen Staatsministeriums des Innern vom 28. Dezember 1912.

a.

Das Königl. Staatsministerium des Innern erläßt auf Grund des Art. 61 Abs. I, Ziffer 3 des Polizeistrafgesetzbuches für das Königreich Bayern folgende Vorschriften:

§ 1. Durch die Einführung der Feuerbestattung in einer Gemeinde darf die Möglichkeit, von der Erdbestattung Gebrauch zu machen, nicht eingeschränkt werden. Die Feuerbestattung darf nur auf gemeindlichen Friedhöfen in Anlagen erfolgen, die von Gemeinden betrieben werden und in der Einrichtung und im Betrieb außer den bau- und feuerpolizeilichen auch den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen. Die Anlagen müssen außerdem so eingerichtet und betrieben werden, daß die Asche einer jeden Leiche möglichst rein und vollständig gewonnen und eine Vermengung mit anderen Stoffen oder eine Verwechslung tunlichst vermieden wird. Ob eine Anlage in dieser Richtung genügt und ob sie den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entspricht, haben die Regierungen, Kammern des Innern, festzustellen; erst wenn dies festgestellt ist, darf die Anlage in Betrieb genommen werden.

§ 2. Eine Leiche darf in einer Anlage nach § 1 erst eingeäschert werden, wenn die Ortspolizeibehörde des Einäscherungsortes, in München der Stadtmagistrat, die Feuerbestattung schriftlich genehmigt hat.

Die Genehmigung muß versagt werden, wenn nicht folgende Nachweise beigebracht sind:

1. Die amtliche Sterbeurkunde,
2. eine amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache,
3. der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung seiner Leiche angeordnet hat,
4. eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes oder des letzten Wohnortes, in München der Polizeidirektion, darüber, daß ihr Umstände, die den Verdacht der Herbeiführung des Todes durch eine strafbare Handlung begründen, nicht bekannt sind; in den Fällen des § 157, Abs. 1 der Strafprozeßordnung ersetzt die nach Abs. II des § 157 erteilte Genehmigung die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde.

§ 3. Der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung angeordnet hat (§ 2, Abs. II, Ziff. 3), kann erbracht werden

1. durch eine letztwillige Verfügung des Verstorbenen,
2. durch eine mündliche Erklärung des Verstorbenen, die von einer zur

Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person als in ihrer Gegenwart abgegeben beurkundet ist.

Die Anordnung ist nur wirksam, wenn der Verstorbene sie nach vollendetem 16. Lebensjahre getroffen hat; sie kann nicht durch einen Vertreter getroffen werden; stand jedoch der Verstorbene unter elterlicher Gewalt und hatte er nicht das 16. Lebensjahr vollendet, so tritt der Antrag des Inhabers der elterlichen Gewalt an die Stelle der Anordnung.

§ 4. Die Aschenreste einer eingeäscherten Leiche müssen in einem besonderen, amtlich zu verschließenden Behälter entweder auf einem öffentlichen Friedhof oder in einer sonstigen nach Art. 61 Abs. I, Ziff. 2 des Polizeistrafgesetzbuches zugelassenen Bestattungsanlage beigesetzt werden.

§ 5. Die Vorschriften über die Beförderung von Leichen und über die Behandlung von Leichen der an ansteckenden Krankheiten verstorbenen Personen bleiben unberührt. Die Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung finden auf Leichen, die der Feuerbestattung zugeführt werden, entsprechende Anwendung, doch ersetzt die nach § 2, Abs. II, Ziff. 2 vorzunehmende amtsärztliche Untersuchung die zweite Leichenschau.

§ 6. Die Vorschriften treten am fünfzehnten Tage nach der Veröffentlichung im Gesetz- und Verordnungsblatte in Kraft.

b.

Zum Vollzuge der oberpolizeilichen Vorschriften über die Feuerbestattung vom 28. Dezember 1912, GVBl. S. 1297 erläßt das Königl. Staatsministerium des Innern folgende Bekanntmachung:

I. Der § 1 bezeichnet die Voraussetzungen, unter denen die Feuerbestattung in einer Gemeinde eingeführt werden kann, und die Anforderungen, denen die Anlage entsprechen muß.

1. Die Feuerbestattung ist nur zulässig neben der Erdbestattung, es muß also dafür gesorgt sein, daß die Beerdigung Verstorbener dauernd stattfinden kann. Mit dieser Vorschrift wäre es nicht vereinbar, wenn die Erdbestattung gegenüber der Feuerbestattung erschwert würde.

2. Die Feuerbestattung darf nur in Anlagen erfolgen, die auf gemeindlichen Friedhöfen stehen, von Gemeinden betrieben werden und den technischen und gesundheitlichen Anforderungen genügen. Der Betrieb einer Feuerbestattungsanlage durch einen Verein ist hiernach unzulässig. Die Zuständigkeit zur Prüfung der Anlage in bau- und feuerpolizeilicher Hinsicht bemißt sich nach den allgemeinen Vorschriften. Die Feststellung, ob die Anlage in der Einrichtung und im Betriebe den gesundheitspolizeilichen Anforderungen genügt und ob sie geeignet ist, eine möglichst reine und vollständige Gewinnung der Aschenreste zu gewährleisten, sowie eine Vermengung mit anderen Stoffen und eine Verwechslung zu verhüten, obliegt der Regierung, Kammer des Innern. Da diese Eignung eine besondere Herstellung der Anlage, namentlich der Feuerräume erfordert und hiernach auch für die bau- und feuerpolizeiliche Würdigung in Betracht kommt und da im übrigen die Prüfung in bau-, feuer- und gesundheitspolizeilicher Hinsicht zum Teil von den gleichen Gesichtspunkten auszugehen hat, so empfiehlt es sich, die Pläne und die Betriebsordnung der Anlage vor der Bescheidung der Verhandlungen in bau- und feuerpolizeilicher Hinsicht der Regierung, Kammer des Innern, zur bezeichneten Feststellung vorzulegen.

3. Die Regierung, Kammer des Innern, wird sich bei der Prüfung der Pläne und der Betriebsordnung der zuständigen technischen Beamten, unter Umständen auch noch anderer Sachverständiger, bedienen. Im allgemeinen hat sie bei der Prüfung nachstehende Gesichtspunkte zu beachten und die etwa erforderlichen Aenderungen und Ergänzungen der Anlagen und ihrer Betriebsordnungen zu veranlassen.

Ueber die zur Einäscherung kommenden Leichen ist ein Verzeichnis zu führen. In dieses sind unter fortlaufenden Nummern Vor- und Zuname, Stand, Geburtstag, Geburtsort, Todestag, Todesort, letzter Wohnort des Verstorbenen, dann der Tag der Einäscherung und der Aufbewahrungsort der Aschenreste einzutragen.

Die Nummer, die die Leiche in diesem Verzeichnis trägt, ist auf einem nicht zerstörbaren Schild aus feuerfestem Ton einzuschlagen. Der Schild muß

an dem Sarge, in dem die Leiche während der Einäscherung liegt, angebracht werden.

Die Einäscherung darf nicht unmittelbar durch Brennstoffe, sondern nur durch Zuführung heißer Luft in besonderen, von dem Feuerraume getrennten Kammern bewirkt werden.

In jeder Einäscherungskammer darf jeweilig nur eine Leiche eingeäschert werden; die Einäscherung muß eine vollkommene sein und muß in ununterbrochener Folge vor sich gehen.

Die Särge, in denen die Leichen eingeäschert werden, müssen aus dünnem, weichem Holz oder aus Zinkblech bestehen, dürfen weder ausgepicht, noch angestrichen oder lackiert sein, auch keine Eisen- oder Bronzeteile, weder zur Verbindung noch zur Verzierung, enthalten, die Fugen sind mit Schellack, Leim oder ähnlichen Stoffen oder mit Kitt zu schließen. Die Leichen in den Särgen dürfen nur auf Säge- oder Hobelspänen oder auf Holzwolle gebettet und nur mit naturfarbenen Leinen- oder Baumwollstoffen bekleidet sein. Etwaige Kissen müssen mit gleichen Stoffen bezogen sein und dürfen nur mit Hobelspänen oder Holzwolle gefüllt sein.

Die Aschenreste sind mit besonderen, nur für diesen Zweck bestimmten und zu verwendenden Geräten aus der Einäscherungskammer zu entfernen und nach der Abkühlung mit dem Tonschilde in einen widerstandsfähigen, luft- und wasserdichten Metallbehälter zu sammeln. Der Deckel des Behälters muß in den unteren Teil dicht schließend eingreifen. Die Trennfuge ist nach der Schließung des Deckels zu verlöten und mit dem amtlichen Siegel der Gemeinde zu versehen. Auf dem Behältnisse oder dem Deckel oder einem aufzulötenden Kupferschild sind in haltbarer Weise (durch Einschlagen, Einätzen und dergl.) mit deutlicher Schrift anzubringen: die mit dem Verzeichnis und dem Tonschilde in der Asche übereinstimmende Einäscherungsnummer, dann Vor- und Zuname, Stand, Ort, Tag und Jahr der Geburt, Tag und Jahr des Todes des Verstorbenen und Tag der Einäscherung seiner Leiche.

Bei der Prüfung der gesundheitlichen Seite ist vor allem darauf zu sehen, daß für die Aufbahrung der einzuäschernden Leichen auf dem Friedhof, dann für eine etwa notwendig werdende Leichenöffnung und für die Leichen von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit verstorben sind, gesonderte, nach Größe und Belichtung geeignete Räume mit entsprechenden Vorrichtungen für Lüftung und für Abführung von Ausscheidungen bereitgestellt werden. Soweit solche Räume für die der Erde zu übergebenden Leichen zur Verfügung stehen und auch für einzuäschernde Leichen benützt werden können, hat es hierbei sein Bewenden. Bei der gesundheitlichen Würdigung ist auch eine etwaige Einwirkung der Anlage und ihres Betriebes auf die Nachbarschaft in Betracht zu ziehen. Durch Ausschluß von Brennstoffen, die Russ und Rauch entwickeln, und durch Aufführung eines genügend hohen Schornsteins wird eine belästigende und unter Umständen gesundheitsgefährliche Einwirkung auf die Nachbarschaft verhütet werden können.

4. Soweit eine Gemeinde zur Ausführung einer Feuerbestattungsanlage Schulden aufnehmen muß, kann auch eine Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde in Frage kommen.

5. Es wird erwartet, daß die Gemeinden Feuerbestattungsanlagen in einer dem Zweck entsprechenden Würde ausgestalten und insbesondere auch Räume für die Abhaltung von Trauerfeierlichkeiten bereitstellen.

II. Der § 2 stellt die Voraussetzungen auf, durch die die Einäscherung im Einzelfalle bedingt ist. Die Ortspolizeibehörde, in München der Stadtmagistrat, darf die Genehmigung zur Feuerbestattung erst dann erteilen, wenn ihm die Nachweise in § 2 Abs. II Ziff. 1—4 vorliegen. Im Falle des § 157 Abs. I der Strafprozeßordnung muß außerdem die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erteilt sein. Diese Genehmigung ersetzt zugleich die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde nach § 2 Abs. II Ziff. 4, die mit dem dort vorgeschriebenen Inhalte in dem Falle, daß der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden ist, nicht ausgestellt werden könnte.

Die Ortspolizeibehörden haben ein fortlaufendes Verzeichnis über die von ihnen erteilten Genehmigungen zur Einäscherung zu führen. Das Verzeichnis hat die gleichen Angaben zu enthalten wie das Verzeichnis über die ausgeführten

Einäscherungen. Beide Verzeichnisse sind zur Prüfung der Richtigkeit von Zeit zu Zeit zu vergleichen.

Zu den einzelnen Ziffern des § 2 Abs. II und zu § 3 wird bemerkt:

1. Die amtliche Sterbeurkunde besteht für die im Reichsgebiete verstorbenen Personen in einem beglaubigten Auszuge aus dem Sterberegister.

2. Zuständig zur Ausstellung der amtsärztlichen Bescheinigung über die Todesursache ist der Landgerichtsarzt des Sterbeortes, wenn er in diesem Orte seinen Dienstsitz hat, außerdem der Bezirksarzt, in dessen Dienstbezirk der Sterbeort liegt. Doch darf die Bescheinigung auf Ansuchen auch von dem für den Ort der Einäscherungsstätte zuständigen Amtsarzt (dem Landgerichtsarzt oder dem Bezirksarzt, wenn sich am Orte der Einäscherungsstätte nicht der Dienstsitz eines Landgerichtsarztes befindet) ausgestellt werden.

Die amtsärztliche Bescheinigung ist auf Grund einer Besichtigung der Leiche auszustellen. Bei der Besichtigung der Leiche und bei der Ausstellung der Bescheinigung ist nach der in der Anlage abgedruckten Anweisung zu verfahren. Ist der Verstorbene in einer dem Tode unmittelbar vorhergegangenen Krankheit ärztlich behandelt worden, so ist dem behandelnden Arzte Gelegenheit zu geben, der Leichenschau und einer etwaigen Leichenöffnung beizuwohnen. Ist der zuständige Amtsarzt zugleich der behandelnde Arzt, so ist die Bescheinigung auf Ersuchen von einem anderen Amtsarzte anzustellen.

Die Vergütung für die Leichenbesichtigung, für die etwaige Leichenöffnung und für die Ausstellung der Bescheinigung bemißt sich nach der Gebührenordnung für amtsärztliche Dienstleistungen bei Behörden vom 17. November 1902 (GVBl. S. 720.

3. Der Nachweis, daß die Feuerbestattung von dem Berechtigten angeordnet worden ist, kann durch eine letztwillige Verfügung oder durch eine mündliche Erklärung erbracht werden, die von einer zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person — z. B. von dem Bürgermeister — als in ihrer Gegenwart abgegeben beurkundet worden ist. Die Form der letztwilligen Verfügung bestimmt sich nach den Vorschriften des BGB. (s. insbes. §§ 2232 ff.), ebenso bemißt sich die elterliche Gewalt nach den Vorschriften des BGB. (s. §§ 1626—1704).

4. Die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde, daß ihr Umstände, die den Verdacht der Herbeiführung des Todes durch eine strafbare Handlung begründen, nicht bekannt sind, muß bei Todesfällen auf Reisen von der Ortspolizeibehörde des letzten Wohnorts ausgestellt sein. Bei Todesfällen auf hoher See muß die Bescheinigung vom Schiffsführer oder dessen Vertreter oder von der Polizeibehörde des Eingangshafens, bei Todesfällen auf Schiffen und Flössen der Binnenschiffahrt von der Polizeibehörde der nächsten Anlandstelle ausgestellt sein. In München ist die Bescheinigung von der K. Polizeidirektion auszustellen.

III. Die Vorschriften des § 4 sollen verhindern, daß über die Aschenreste in einer Weise verfügt wird, die der Pietät widerspricht oder eine Nachprüfung im Interesse der Strafrechtspflege vereiteln kann.

1. Die Aschenreste dürfen den Angehörigen nur zum Zwecke der Beisetzung in einem öffentlichen Friedhofe oder in einer sonstigen nach § 61 Abs. I Ziff. 2 des PolStGB. zugelassenen Anlage ausgehändigt werden. Vor der Aushändigung muß hierüber ein glaubhafter Nachweis erbracht werden; gegebenenfalls sind die Reste von der Verwaltung der Feuerbestattungsanlage unmittelbar an die Verwaltung der Bestattungsanlage, wo die Beisetzung erfolgen soll, zu übersenden.

Ob und an welchem Platze die Beisetzung von Aschenresten auf einem öffentlichen Friedhofe zulässig ist, bestimmt die Körperschaft, der das Verfügungsrecht über die Friedhofsanlage zusteht.

2. Die amtliche Verschließung des Aschenbehälters soll die Identität der verwahrten Asche auch im Interesse der Strafrechtspflege gewährleisten; sie ist von den Bediensteten der Gemeinde auszuführen, die als Unternehmerin erscheint.

IV. Die Betriebsordnungen der Gemeinden für Feuerbestattungsanlagen haben mit den oberpolizeilichen Vorschriften und den Vorschriften dieser Bekanntmachung übereinzustimmen. Im übrigen ist es den Gemeinden unbenommen, die Benützung ihrer Feuerbestattungsanlagen von weiteren Bedingungen abhängig zu machen.

Anweisung über das Verfahren bei der amtsärztlichen Leichenbesichtigung und bei der Ausstellung der amtsärztlichen Bescheinigung für die Feuerbestattung.

I. Allgemeine Bestimmungen.

1. Die amtsärztliche Leichenbesichtigung für die Feuerbestattung hat vornehmlich den Zweck, die Verschleierung einer strafbaren Handlung zu verhüten, mit der der Tod in Zusammenhang steht; bei der Leichenbesichtigung und der Leichenöffnung ist so vorzugehen, wie es dieser Zweck erfordert; dabei finden die Vorschriften für das Verfahren bei der gerichtlichen Untersuchung von Leichen — Beilage zu Nr. 14 des MABl. 1908 — in Abschnitt II entsprechende Anwendung. Die Leichenbesichtigung soll möglichst bald nach dem Tode, aber nicht vor der ersten allgemeinen Leichenschau vorgenommen werden.

2. Ergeben sich im Verlaufe der Leichenbesichtigung oder der Leichenöffnung Anhaltspunkte für die Annahme eines nicht natürlichen Todes — s. § 157 der RStO. —, so ist nach § 9 Abs. 2 der Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. November 1885 zu verfahren.

3. In allen Fällen, in denen die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter nach § 157 der RStO. mit einem Todesfall befaßt worden ist, also auch in den Fällen, in denen die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter schon auf Grund des Ergebnisses der ersten allgemeinen Leichenschau tätig geworden ist, darf die Leichenbesichtigung und die Leichenöffnung sowie die Ausstellung der Bescheinigung für die Feuerbestattung erst dann erfolgen, wenn die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter die schriftliche Genehmigung zur Bestattung erteilt hat.

II. Verfahren im einzelnen.

1. Für das Verfahren sind, abgesehen von den Fällen Nr. 1, 2, folgende Fälle zu unterscheiden:

a) Der Tod ist gewaltsam herbeigeführt worden und die Todesursache kann aus den Begleitumständen, unter denen der Tod erfolgt ist, oder aus den äußeren Verletzungen der Leiche ohne weiteres mit Sicherheit festgestellt werden. In diesen Fällen ist die Bescheinigung auf Grund der Leichenbesichtigung nach Erteilung der staatsanwaltschaftlichen oder gerichtlichen Genehmigung auszustellen.

b) Der Verstorbene ist in einer dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit in ärztlicher Behandlung gestanden oder er hat sonst bei Gesundheitsstörungen regelmäßig den gleichen Arzt zugezogen. In diesen Fällen ist der behandelnde Arzt zur Abgabe einer Aeußerung über die Todesursache zu veranlassen. Gelangt der Amtsarzt auf Grund dieses Gutachtens und der eigenen Besichtigung der Leiche zu der Auffassung, daß eine natürliche Todesursache vorliegt, so hat er die Bescheinigung auszustellen.

c) Ein behandelnder Arzt ist nicht vorhanden oder er lehnt die Abgabe eines Gutachtens über die Todesursache ab, oder der Amtsarzt kann aus dem Gutachten und der eigenen Besichtigung der Leiche kein hinlänglich klares Bild darüber gewinnen, ob eine natürliche Todesursache vorliegt. In diesen Fällen ist die Ausstellung der Bescheinigung zunächst zu verweigern und den Bestattungspflichtigen anheimzugeben, eine amtsärztliche Leichenöffnung zu beantragen. Wird der Antrag gestellt, so hat der Amtsarzt die Leichenöffnung vorzunehmen, die etwa veranlaßten wissenschaftlich-technischen Untersuchungen von Leichenteilen herbeizuführen und sodann die Bescheinigung zu erteilen. Hat bereits eine richterliche Leichenöffnung stattgefunden, so ist die Bescheinigung auf Grund der hierüber aufgenommenen Niederschrift nach Besichtigung der Leiche auszustellen.

2. In der Bescheinigung ist die Todesursache soweit möglich festzustellen. Alle Umstände, die den Schluß auf die angegebene Todesursache rechtfertigen, also die Begleitumstände, unter denen der Tod eingetreten ist, die Aeußerung des behandelnden Arztes, das Ergebnis der Leichenbesichtigung und der Leichenöffnung sind, soweit sie hierfur in Betracht kommen, in die

Bescheinigung aufzunehmen. Ist die Aeußerung des behandelnden Arztes schriftlich abgegeben, so ist sie der Bescheinigung als Beilage anzufügen. Die Angaben über die Todesursachen sollen jedenfalls erkennen lassen, ob nach dem Urteile des Amtsarztes eine natürliche Todesursache vorliegt oder nicht. In den Fällen des § 157 der RStO. ist in der Bescheinigung ausdrücklich zu bemerken, daß die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter die Genehmigung zur Bestattung erteilt hat.

G. Großherzogtum Oldenburg.

Dienstanweisung für die Amtsärzte. Verordnung des Ministers des Innern vom 2. Februar 1912.

A. Allgemeines.

Dienstliche Stellung. § 1. Der Amtsarzt ist der staatliche Gesundheitsbeamte des ihm zugewiesenen Bezirks für die Zwecke der Verwaltung und Rechtspflege.

§ 2. Der Amtsarzt ist in der Regel nicht Zivilstaatsdiener im Sinne des Gesetzes vom 28. März 1867. Seine Annahme erfolgt widerruflich.

Eine Lösung des Verhältnisses kann vom Ministerium des Innern und vom Amtsarzte unter Einhaltung einer 6monatlichen Kündigung erfolgen.

Auch ohne Einhaltung der Kündigungsfrist kann das Ministerium das Verhältnis lösen, wenn ein Amtsarzt sich so unwürdig oder so pflichtvergessen erweist oder durch eigene grobe Verschuldung zur Wahrnehmung seines Dienstes so unfähig geworden ist, daß sein Verbleiben mit dem Zwecke, der Ordnung und dem Ansehen des Dienstes unverträglich ist.

§ 3. Der Bezirk des Amtsarztes sowie sein Wohnsitz werden vom Ministerium des Innern bestimmt. Eine Verlegung des Wohnsitzes darf nur mit Genehmigung des Ministeriums des Innern erfolgen.

§ 4. Der Amtsarzt ist dem Ministerium des Innern als seiner Dienstbehörde unterstellt; sein nächster Vorgesetzter ist der Landesarzt, der die Amts- und Geschäftsführung der Amtsärzte zu beaufsichtigen hat.

§ 5. Vor dem Dienstantritt wird der Amtsarzt auf gewissenhafte Wahrnehmung des ihm übertragenen Amts eidlich verpflichtet.

§ 6. Der Amtsarzt führt im Bereiche seiner amtlichen Tätigkeit einen Dienststempel, welcher vom Ministerium des Innern geliefert wird und beim Ausscheiden aus dem Dienst zurückzuliefern ist.

§ 7. Die Vergütung des Amtsarztes wird vom Ministerium festgesetzt. Für die Berechnung der Gebühren, Tagegelder und Reisekosten sind die Vorschriften der Bekanntmachung des Staatsministeriums vom 17. August 1900, betr. der Bezüge der Medizinalbeamten und praktischen Aerzte in gerichtlichen und polizeilichen Fällen, — Ges.-Bl. Bd. XXXIII, S. 697 ff. — maßgebend.

§ 8. Der Amtsarzt ist verpflichtet, Aufträgen des Ministeriums und des Landesarztes und dienstlichen Ersuchen von inländischen Staats- und Kommunal-Behörden zu entsprechen.

Auch hat er Anträgen von Privatpersonen, Kassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte usw. um Vornahme von amtsärztlichen Untersuchungen und auf Ausstellung amtsärztlicher Gesundheitszeugnisse, Todesursachenbescheinigungen und dergl. in seinem Bezirk gegen Vergütung stattzugeben.

Auf Ersuchen von Staatsbehörden hat er Beamte oder Stellenanwärter für Dienstzwecke zu untersuchen und über deren Gesundheitszustand Zeugnisse auszustellen.

§ 9. Der Amtsarzt hat während des Dienstverhältnisses und auch nach dessen Auflösung über alle ihm bekannt gewordenen dienstlichen Angelegenheiten Verschwiegenheit zu beobachten.

§ 10. Als medizinisch-technischer Berater steht der Amtsarzt in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens dem Amte (Stadtmagistrate der Städte I. Klasse) zur Seite. Als solcher hat er insbesondere die Aufgabe:

a) die gesundheitlichen Verhältnisse seines Bezirks zu beobachten und auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken;

b) die Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung zu überwachen und etwaige Zuwiderhandlungen zur Anzeige zu bringen;

c) auf Erfordern über alle Angelegenheiten des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äußern;
d) auch unaufgefordert Vorschläge zur Abstellung von gesundheitlichen Mißständen zu machen und für die öffentliche Gesundheit geeignete Maßnahmen in Anregung zu bringen.

§ 11. Die gesundheitlichen Maßnahmen werden von den Polizeibehörden getroffen; in eiligen Fällen kann jedoch schon vor polizeilichem Einschreiten der Amtsarzt die erforderlichen polizeilichen Anordnungen treffen. Dem Amte (Stadtmagistrate) ist von den getroffenen Anordnungen sofort Mitteilung zu machen.

Zum Zweck der Besichtigung hat der Amtsarzt Zutritt zu allen, seiner Aufsicht unterstellten Anstalten, Räumen und Oertlichkeiten.

Jahresbericht. § 12. Ueber seine Tätigkeit und über die hygienischen Zustände und Beobachtungen hat der Amtsarzt jährlich einen eingehenden Bericht an den Landesarzt zu erstatten.

Der Bericht soll insbesondere enthalten:

1. eine Uebersicht über die meldepflichtigen Krankheiten mit den dabei gemachten Beobachtungen;
2. die Zahlen der von den Hebammen geleiteten Geburten:
3. eine Uebersicht über die Zahl der Brustkinder und der künstlich genährten Kinder nach den Tabellen der Hebammen:
4. das Ergebnis der Revision der Hebammentaschen;
5. das Ergebnis der Kontrolle der Desinfektoren und der Prüfung der Desinfektionsapparate;
6. das Ergebnis der Kontrolle der Wasserversorgungsanstalten;
7. Veränderungen im Personalverhältnis der praktischen Aerzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen;
8. das Ergebnis der Besuche der Sammelmolkereien:
9. Mitteilungen über die Einrichtung und den Betrieb der öffentlichen Anstalten, insbesondere der Gefängnisse, Krankenhäuser, Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, Schulen usw.;
10. soweit nötig, Vorschläge zur Einführung von Verbesserungen auf sanitärem Gebiet. Solche Vorschläge sind zu begründen.

Der Jahresbericht ist bis zum 1. März des folgenden Jahres dem Landesarzt einzureichen.

In dringenden Fällen hat der Amtsarzt außerdem sofort dem Landesarzt und dem Amte (Stadtmagistrat) zu berichten.

Urlaub. § 13. Will der Amtsarzt sich über drei Tage von seinem Wohnsitz entfernen, so bedarf er eines Urlaubs, der vom Ministerium des Innern erteilt wird.

Urlaubsgesuche sind beim Landesarzt einzureichen.

Urlaub auf länger als 6 Wochen zu Privatzwecken wird in der Regel nicht erteilt werden.

Geschäftsführung. § 14. Alle für das Ministerium bestimmten Berichte und Schriftstücke, für deren Form die Ministerialbekanntmachung vom 12. März 1902, betr. die Vereinfachung des Geschäftsganges, maßgebend ist, sind durch Vermittlung des Landesarztes zur Vorlage zu bringen.

§ 15. Rechnungen über Reisekosten, Tagegelder und Gebühren in medizinal-polizeilichen Angelegenheiten, sowie über Auslagen für Schreibmaterial, Porto usw., welche der Landkasse zur Last fallen, sind halbjährlich dem Amte (Stadtmagistrat) in spezifizierter Form behufs Erstattung einzureichen.

Die Jahresberichte und sonstige größere amtliche Schriftstücke können auf Ersuchen in der Schreibstube des Amts (Stadtmagistrats) ausgefertigt werden.

§ 16. Alle amtlichen Schriftstücke sowie die Urschriften der Berichte sind aufzubewahren und den Handakten einzufügen. Die Akten sollen nach dem anliegenden Registratur-Plan geordnet werden.

§ 17. Die amtsärztlichen Bescheinigungen, zu denen mindestens ein halber Bogen zu verwenden ist, und die nur unter einem mit dem Dienst-

stempel versehenen Umschlag dem Gesuchsteller mitzuteilen sind, sollen enthalten:
1. eine Angabe über Veranlassung und Zweck der Bescheinigung;
2. etwaige Angaben des Kranken oder seiner Angehörigen über den Zustand;
3. Befund der Untersuchung;
4. das aus der Untersuchnng entnommene Urteil;
5. Ort und Datum der Ausstellung;
6. Unterschrift unter Beifügung des Amtscharakters;
7. Dienststempel.

Privatpraxis. § 18. Die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis ist dem Amtsarzt gestattet.

§ 19. Der Amtsarzt hat sich mit den Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft, insbesondere auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, sowie mit den gesetzlichen Bestimmungen und den erlassenen Verfügungen vertraut zu erhalten.

B. Besonderes.

Medizinalpersonen. § 20. Der Amtsarzt hat über die in seinem Bezirk ansässigen Aerzte und Zahnärzte fortlaufende Verzeichnisse zu führen, aus welchen jederzeit der augenblickliche Personalbestand ersichtlich ist.

Mit seinen ärztlichen Kollegen soll der Amtsarzt möglichst nahe wissenschaftliche und persönliche Beziehungen unterhalten.

Hebammen. § 21. Dem Amtsarzt liegt die Kontrolle der Hebammen ob. Er hat über die in seinem Bezirk ansässigen Hebammen, die sich vor Beginn ihrer Berufstätigkeit unter Vorlegung des Prüfungszeugnisses, der Konzessionsurkunde und des Instrumentariums bei ihm zu melden haben, ein fortlaufendes Verzeichnis zu führen.

§ 22. Der Amtsarzt hat die Prüfung derjenigen weiblichen Personen vorzunehmen, welche sich zur Teilnahme an einem Hebammenkursus melden, und bei günstigem Ausfall der Prüfung ein Fähigkeitszeugnis für die sich Meldenden nach dem vorgeschriebenen Formular auszustellen.

Die Prüfung hat sich auf die körperliche und geistige Befähigung zur Ausübung des Hebammenberufs und darauf zu erstrecken, daß die Bewerberin nicht schwanger ist. — vgl. Bestimmungen über die Benutzung der Hebammen-Lehranstalt in Oldenburg. —

§ 26. Der Amtsarzt ist in allen technischen Fragen der Berater der Hebammen; er hat auf Ersuchen ihnen in zweifelhaften Fällen Auskunft zu erteilen und sich gelegentlich davon zu überzeugen, daß die Hebammen den Inhalt des Hebammenlehrbuchs und ihre Dienstanweisung beherrschen. Bei sich bietender Gelegenheit hat er die Hebammen in ihrer Wohnung aufzusuchen und dabei zu prüfen, ob die Wäsche und Kleidung, welche sie in ihrem Berufe verwenden, sowie das Instrumentarium sauber und geeignet aufbewahrt werden.

Bei geringen Verstößen hat er die Hebammen zurechtzuweisen und durch Einschärfung der bestehenden Vorschriften zu belehren; grobe Pflichtwidrigkeiten und wiederholte Nachlässigkeiten hat er zur weiteren Veranlassung dem zuständigen Amte (Stadtmagistrat) mitzuteilen.

§ 24. Der Amtsarzt hat die Geburts- und Temperaturtabellen, die ihm zweimal im Jahre, bis zum 7. Januar und 7. Juli, von den Hebammen einzureichen sind, zu prüfen, etwaige Anstände der Hebamme mitzuteilen und die Tabellen spätenstens nach 4 Wochen unter Umschlag zurückzugeben.

Einmal im Jahre hat er die Instrumentarien der Hebammen seines Bezirks auf Vollständigkeit und gute Beschaffenheit nachzuprüfen und für Ersatz mangelhafter oder fehlender Stücke zu sorgen. Ist die Hebamme unbemittelt und der mangelnde Zustand der Instrumente ohne ihr Verschulden eingetreten, so können derselben Beihülfen zur Beschaffung neuer Stücke aus der Landeskasse bewilligt werden. Derartige Anträge sind an das zuständige Amt (Stadtmagistrat) zu richten.

§ 25. Der Amtsarzt hat darauf zu achten, daß die Hebammen die ihnen in der Dienstanweisung auferlegten Anzeigen rechtzeitig erstatten.

Bei Anmeldungen von Fieberfällen im Wochenbett und bei Kindbettfieber hat er zu prüfen, ob alle zwecks Verhütung und Weiterverbreitung von Krankheiten erlassenen Vorschriften beachtet worden sind, und zu entscheiden, ob die Hebamme ihrem Berufe weiter nachgehen darf. Dabei hat er die ihr

erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen mitzuteilen und sie darauf hinzuweisen, daß sie bei Einstellung ihrer beruflichen Tätigkeit Anspruch auf Entschädigung hat.

Bei allen Erhebungen über Fälle von Kindbettfieber hat der Amtsarzt den behandelnden Arzt vorher zu verständigen und zur Teilnahme an den Untersuchungen aufzufordern. Untersuchungen am Krankenbett sind nur vorzunehmen, wenn der Tatbestand nach den Angaben der Hebamme und des behandelnden Arztes nicht klargestellt werden kann.

Ueber jeden einzelnen Fall hat er das Ergebnis der Untersuchungen zu seinen Akten zu bringen, auch dem Landesarzt über den Fall zu berichten.

§ 26. Wenn die beruflichen Leistungen einer Hebamme billigen Ansprüchen nicht genügen, oder wenn der Amtsarzt wiederholt Nachlässigkeiten bei einer Hebamme feststellt, so hat er die Einberufung der Hebamme zu einem Wiederholungskursus bei dem Amte (Stadtmagistrate) oder beim Landesarzt in seinem Jahresbericht zu beantragen.

Auf Ersuchen hat der Amtsarzt sich über Anträge auf Unterstützungen zu äußern, die den Hebammen nach dem Gesetz vom 15. März 1910, betr. Unterstützung der Hebammen, bewilligt werden können.

Kurpfuscher- und Geheimmittel. § 27. Die Ausübung der Heilkunde durch nicht approbierte Personen, deren Namen ihm vom Amte (Stadtmagistrat) mitzuteilen sind, und dem Verkehr mit Geheimmitteln hat der Amtsarzt zu überwachen und Uebertretungen der bestehenden Vorschriften zur Anzeige zu bringen.

Krankenpflegepersonen. § 28. Die staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen, über die ein fortlaufendes Verzeichnis zu führen ist, hat der Amtsarzt zu beaufsichtigen.

Wenn ihm Tatsachen bekannt werden, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die für die Ausübung des Krankenpflegeberufs erforderlich sind, oder wenn die Krankenpflegeperson den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, so hat er den Antrag auf Zurücknahme der staatlichen Anerkennung beim Amte (Stadtmagistrat) zu stellen.

Auch hat er darauf zu achten, daß die Bezeichnung „staatlich anerkannte Krankenpflegeperson" oder ähnliche Bezeichnungen nur von den dazu Berechtigten geführt werden. Uebertretungen sind zur Anzeige zu bringen.

Bekanntmachung des Staats-Ministeriums vom 10. Juli 1912.

Apotheken. § 29. Der Amtsarzt hat über die in seinem Bezirk konzessionierten Apotheken sowie über die in den Apotheken beschäftigten Personen ein fortlaufendes Verzeichnis zu führen.

Die bei ihm eingehenden Anmeldungen der Apotheker, der Apotheker-Gehülfen und Lehrlinge hat er nach erfolgter Eintragung in seine Liste dem Landesarzt sofort mitzuteilen. Die Anmeldungen sollen außer den Personalien kurze Angaben über die Approbation, über bestandene Examina und über Eintritt und Austritt aus der Beschäftigung in der Apotheke enthalten.

§ 30. An den regelmäßigen Apothekenrevisionen nimmt der Amtsarzt nicht teil, doch hat er Wahrnehmungen über einen nicht ordnungsmäßigen Betrieb einer Apotheke dem Landesarzt mitzuteilen.

§ 31. Die nach der Prüfungsordnung für Apotheker — Bekanntmachung des Staatsministeriums vom 13. September 1904 — von den Apothekern auszustellenden Zeugnisse über die Tätigkeit als Apothekerlehrling oder als Apothekergehülfe hat der Amtsarzt den Vorschriften entsprechend zu beglaubigen.

Gift- und Drogenhandlungen. § 32. Die Beaufsichtigung der Gift- und Drogenhandlungen hat der Amtsarzt sich angelegen sein zu lassen und Uebertretungen und Vorschriften dem Amte (Stadtmagistrat) anzuzeigen.

Er ist berechtigt, wenn Anlaß dazu vorliegt, jederzeit Besichtigungen der Räume, in denen Arzneimittel oder Gifte hergestellt, aufbewahrt oder feilhalten werden, nebst den zugehörigen Arbeits- und Nebenräumen sowie der Geschäftszimmer der Inhaber vorzunehmen.

Uebertragbare Krankheiten. § 33. Der Amtsarzt hat sein besonderes Augenmerk auf die Bekämpfung und Verhütung der gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten zu richten und auf die Befolgung der nach dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 und der sonst erlassenen Bestim-

mungen, insbesondere der Vorschriften über die Anzeigepflicht, zu achten. Uebertretungen sind zur Anzeige zu bringen.

Auf die bei ihm eingehenden Anzeigen von dem Ausbruch einer weitere Volkskreise gefährdenden Krankheit hat der Amtsarzt unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und dem Amte (Stadtmagistrat) mitzuteilen, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. Gleichzeitig hat er Vorschläge über die zu ergreifenden Schutzmaßregeln zu machen. Diese Vorschrift findet Anwendung:

a) bei allen ersten Erkrankungs-, Todes- oder Verdachtsfällen von Aussatz (Lepra), Cholera (asiatische), Flecktieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest) und Pocken (Blattern);
b) in allen Fällen, in denen eine übertragbare Krankheit gruppenweise oder sich häufend oder sonst in einer für das öffentliche Wohl bedenklichen Weise auftritt;
c) bei Massenerkrankungen, z. B. infolge von Vergiftungen.

In solchen Fällen ist auch sofort dem Landesarzt Anzeige zu machen.

§ 34. Auch in den nicht unter 33a—c fallenden Fällen von übertragbaren Krankheiten hat der Amtsarzt alles zu tun, was zur Aufdeckung des Ursprungs und zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheiten erforderlich erscheint. Insbesondere hat er darauf hinzuwirken, daß bei allen Fällen von Diphtherie der Rachenschleim oder Mandelbelag kranker oder verdächtiger Personen auf virulente Diphtheriebazillen untersucht wird, und daß insbesondere auch etwaige Bazillenträger festgestellt und unter fortlaufende Beobachtung und Desinfektion gestellt werden.

§ 35. In jedem einzelnen und besonders erstem Fall von Unterleibstyphus (gastrisches Fieber, Paratyphus) hat der Amtsarzt zu versuchen, die Entstehungsursache festzustellen insbesondere durch Blutuntersuchungen auch in der Umgebung des Kranken, durch Untersuchungen von Urin und Kot, durch Feststellung der Bezugsquelle der Milch, des Trinkwassers usw. Jeder Fall ist so lange im Auge zu behalten, bis eine zweimalige Untersuchung von Urin und Kot das Fehlen der Bazillen ergeben hat.

Ueber jeden Typhusfall hat der Amtsarzt zu seinen Akten eine Beschreibung zu bringen, die außer den Personalien des Kranken enthalten soll: Zeit der Erkrankung, Art der Feststellung, frühere Erkrankungen, Aufenthalt des Kranken in der Zeit vor der Erkrankung, Feststellung von Bazillenträgern, Bezugsquelle des Wassers, der Milch und der sonstigen Nahrungsmittel.

§ 36. Auf eine rege Inanspruchnahme der hygienischen Institute in Bremen und Wilhelmshaven, die einstweilen die mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen unentgeltlich vornehmen, seitens der praktischen Aerzte hat der Amtsarzt in geeigneter Weise hinzuwirken.

Die zum Versand erforderlichen Gefäße können unentgeltlich von den Apotheken bezogen werden.

Untersuchung von Ausländern. § 37. Der Amtsarzt hat darauf hinzuwirken, daß ausländische Arbeiter, welche direkt aus dem Auslande eintreffen, sofort ärztlich untersucht und, wenn sie nicht bereits mit Erfolg geimpft sind, oder die natürlichen Pocken überstanden haben, geimpft werden. Weigert sich der Arbeiter, den Anordnungen Folge zu leisten, so ist seine Ausweisung beim Amte (Stadtmagistrat) zu beantragen.

Impfungen. § 38. Der Amtsarzt hat in dem ihm zugewiesenen Impfbezirk die öffentlichen Impfungen gebührenfrei vorzunehmen. Die Kosten der Beschaffung der animalischen Lymphe für diese Impfungen fallen der Landeskasse zur Last.

Die Impfübersichten hat er bis zum 1. März eines jeden Jahres dem Landesarzt einzusenden.

Gelegentlich des Impfgeschäfts hat er die ihm überwiesenen Alkoholmerkblätter zu verteilen, auf das Selbststillen der Mütter und auf eine rechtzeitige Unterbringung von Krüppeln, Schwachsinnigen und Idioten in geeignete Anstalten hinzuwirken.

Desinfektionen. § 39. Der Amtsarzt hat darauf zu achten, daß die für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vorgeschriebenen Desinfektionen ordnungsmäßig ausgeführt werden.

Mindestens einmal im Jahre hat er die Desinfektoren seines Bezirks bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu kontrollieren und sich von der Leistungsfähigkeit ihrer Apparate und Gerätschaften zu überzeugen.

§ 40. Die Dampfdesinfektionsapparate hat der Amtsarzt einmal im Jahre während des Betriebes zu besichtigen und durch Einlegen des ihm gelieferten Maximalthermometers sich von ihrer Leistungsfähigkeit zu überzeugen. Wenn der Amtsarzt bei der Beschickung des Apparates nicht zugegen sein kann, ist das Thermometer vorher in versiegeltem Umschlag dem Betriebsleiter behufs Einlegung zu übersenden. Bei der Oeffnung des Apparates muß der Amtsarzt zugegen sein.

Krankenhäuser. § 41. Der Amtsarzt hat die nicht staatlichen Krankenhäuser und Entbindungsanstalten, sowie die Gefängnisse und sonstige öffentliche Gebäude (Waisen-, Armenhäuser usw.) zu beaufsichtigen und etwa vorgefundene mangelhafte Einrichtungen oder sonstige Mißstände der zuständigen Verwaltung mitzuteilen, auch im Jahresbericht darauf hinzuweisen.

Die Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten sind den Vorschriften der Ministerialbekanntmachung vom 6. Mai 1907 entsprechend zu besichtigen. Die Pläne für neu zu erbauende oder neu einzurichtende Kranken-, Entbindungs- und Irren-Anstalten sowie für Um- und Erweiterungsbauten bestehender Anstalten, welche der Genehmigung des Ministeriums des Innern gemäß der Ministerial-Bekanntmachung vom 13. November 1902 unterliegen, hat der Amtsarzt zu prüfen und sich gutachtlich über die Pläne zu äußern.

Gewerbekrankheiten. § 42. Den in seinem Bezirk vorkommenden Gewerbekrankheiten soll der Amtsarzt seine besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Dabei hat er erforderlichenfalls die Großherzogliche Gewerbeinspektion in Oldenburg zu ersuchen, ihn bei Besichtigungen gesundheitlich besonders gefährdeter Fabriken oder sonstige Betriebe hinzuzuziehen.

Verkehr mit Nahrungsmitteln. § 43. Der Amtsarzt hat die für die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen zuständigen Behörden zu unterstützen und darauf zu achten, daß mit einer übertragbaren Krankheit behaftete Personen nicht in Betrieben, in denen Nahrungsmittel hergestellt, verarbeitet oder feilgeboten werden, beschäftigt werden. Gesundheitsschädigungen durch Nahrungs-, Gebrauchs- oder Genußmittel hat er klarzustellen und zur Anzeige zu bringen.

Molkereien. § 44. Sammolmolkereien und Konservenfabriken hat der Amtsarzt regelmäßig zu besichtigen und besonders daraufhin zu untersuchen, ob die Wasserversorgung und Abwässerung einwandfrei ist. Dabei ist auf eine reinliche und einwandfreie Bearbeitung der Milch und der Konserven sowie auf den Gesundheitszutand dess Personals besonders zu achten.

Wohnungsverhältnisse. Wasserversorgungsanstalten. § 45. Der Amtsarzt muß allen Verhältnissen, welche für die Reinhaltung des Bodens und der Luft in Betracht kommen, seine Aufmerksamkeit zuwenden und hat die Aufgabe, über gesundheitswidrige Wohnungsverhältnisse dem Amte (Stadtmagistrat) Anzeige zu erstatten.

Die dem allgemeinen Gebrauch dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser und für Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend gemäß § 35 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, zu überwachen.

Schulen. § 46. Der Amtsarzt hat die öffentlichen Schulen gelegentlich zu besuchen und dabei die baulichen Einrichtungen in gesundheitlicher Beziehung zn prüfen. Anträge auf bauliche Aenderungen sind an die Schulaufsichtsbehörden zu richten.

Pläne von Neubauten und größeren Umbauten sowie die Auswahl des Bauplatzes hat der Amtsarzt zu begutachten.

Begräbnisplätze. § 47. Der Amtsarzt hat die vorhandenen Begräbnisplätze zu beaufsichtigen. Bei Anlegung neuer oder bei Erweiterung bestehender Bergräbnisplätze hat er die in Aussicht genommenen Plätze auf Ersuchen zu besichtigen und sich über die Lage, Größe, Boden- und Grundwasserverhältnisse gutachtlich zu äußern.

Säuglingsfürsorge. § 48. Besondere Aufmerksamkeit hat der Amtsarzt der Bekämpfung der Säuglingssterblicheit in seinem Bezirk zuzuwenden, namentlich muß er die Ursachen der Säuglingssterblichkeit zu ermitteln

suchen und die nach den örtlichen Verhältnissen zu ihrer Bekämpfung geeignete Maßnahmen in Anregung bringen.

Beendigung des Dienstverhältnisses. § 49. Bei dem Ausscheiden aus dem Dienst hat der Amtsarzt die vorhandenen Akten und den Dienststempel dem zuständigen Amte behufs Ueberweisung an seinen Nachfolger auszuhändigen.

§ 50. Jede Abänderung und Erweiterung dieser Dienstanweisung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Plan für die Einrichtung der Registraturen der Amtsärzte im Herzogtum Oldenburg.

A. Allgemeines.

1. Dienstanweisung für die Amtsärzte. — Bestimmungen über den dienstlichen Verkehr mit den Behörden.
2. Bestimmungen über die Bezüge für dienstliche Verrichtungen.
3. Amtsärztliche Bescheinigungen und Gutachten.
4. Jahresberichte.
5. Zusammenkünfte der Amtsärzte.
6. Sachverständigentätigkeit in gerichtlichen Angelegenheiten.
7. Verschiedene Statistiken.

B. Personen, welche die Heilkunde, die Krankenbehandlung und -Pflege ausüben.

1. Die im Bezirk vorhandenen Aerzte und Zahnärzte.
2. Hebammen:
   a) Allgemeine Bestimmungen über das Hebammenwesen.
   b) Die im Bezirk vorhandenen Hebammen.
3. Kurpfuscher.
4. Krankenpflegepersonen.

C. Verkehr mit Arzneimitteln, Apotheken, Drogenhandlungen.

1. Verkehr mit Arzneimitteln.
2. Die Apotheken des Bezirks.
3. Gift- und Drogenhandlungen.

D. Gemeingefährliche Krankheiten und deren Bekämpfung.

1. Gesetzliche Bestimmungen und allgemeine Anordnungen der Behörden in bezug auf die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten.
2. Mitteilungen über den Ausbruch gemeingefährlicher Krankheiten. (Jahrgangsweise.)
3. Untersuchung der ausländischen Arbeiter.

E. Impfwesen.

1. Allgemeine Bestimmungen über das Impfwesen.
2. Die öffentlichen Impfungen im Bezirk.

F. Desinfektionswesen.

1. Allgemeine Bestimmungen über das Desinfektionswesen.
2. Ueberwachung der Desinfektoren und der Desinfektionseinrichtungen.

G. Amtsärztliche Ueberwachung verschiedener sonstiger Anstalten und Einrichtungen.

1. Krankenhäuser, Entbindungs- und Irrenanstalten.
2. Schulgesundheitspflege und Schulkinder.
3. Gefängnisse.
4. Wasserwerke.
5. Fabriken und dergl.
6. Schiffe u. Schiffsverkehr. - Untersuchung der Seeleute (besonderes Heft).
7. Nahrungsmittelverkehr.
8. Molkereien.
9. Begräbnisplätze.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i.W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 4. **20. Februar.** 1913.

Rechtsprechung.

Bestrafung eines Dentisten wegen Beilegung der — wenn auch auf ausländische Approbation hindeutenden — Bezeichnung „Zahnarzt“. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 18. November 1912.

Der Angeklagte hat sich als „Zahnarzt“, aber mit Zusätzen, die auf eine ausländische Approbation hindeuten, nämlich als „russischer Zahnarzt“ und als „Zahnarzt, approbiert in Rußland und Amerika“, bezeichnet. Es fragt sich, ob diese Bezeichnungen gegen die erste Alternative des § 147 Nr. 8 verstoßen, wonach sich derjenige strafbar macht, welcher, ohne hierzu approbiert zu sein, sich als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Tierarzt) bezeichnet. In dieser Beziehung bestehen zwei verschiedene Ansichten. Nach der einen ist die Anwendbarkeit dieser Strafvorschrift dann ausgeschlossen, wenn sich aus den gebrauchten Bezeichnungen ergibt, daß der Täter eine inländische Approbation als Arzt nicht behaupten will. Diese Meinung wird überwiegend von den höchsten Gerichtshöfen vertreten, insbesondere von dem früheren preußischen Obertribunal, dem 3. und 2. Strafsenat des Reichsgerichts, dem preußischen Oberverwaltungsgericht und dem bayerischen Obersten Landesgericht sowie von den Oberlandesgerichten zu München und Braunschweig. Auch die Literatur steht zum größeren Teil auf diesem Standpunkt, so namentlich die Kommentare zur Gewerbeordnung von v. Landmann, v. Schicker, Schenkel und Hoffmann, ferner die ausführliche Darlegung des Reichstagsabgeordneten Zehnter, Landgerichtspräsidenten in Heidelberg, „Die Führung zahnärztlicher Titel“. Die entgegengesetzte Auffassung vertritt der 4. Strafsenat des Reichsgerichts, welcher Bd. 37 S. 220 sagt: „Dieses Gesetz (§ 147 Nr. 3) bedroht in seiner 1. Alternative die unbefugte Führung des Titels „Arzt“, es will den Gebrauch der Bezeichnung „Arzt“ schlechthin zugunsten der im Inlande Approbierten schützen. Gleicher Meinung sind das Kammergericht, die Oberlandesgerichte zu Naumburg, Darmstadt, Cöln, Celle, Jena (Urteil vom 30. März 1905) und Hamburg, in der Literatur die Kommentare von Neukamp und v. Rohrscheidt, Nelken, Karl Meyer, Neumann. Nach dieser Ansicht macht sich jeder aus § 147 Nr. 8 strafbar, welcher, ohne hierzu in Deutschland approbiert zu sein, sich als Arzt, Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt oder Tierarzt bezeichnet, und die Strafbarkeit wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß der Täter dieser Bezeichnung einen Zusatz irgendwelcher Art beifügt.

Der Senat bleibt bei dieser Auffassung trotz der entgegengesetzten Ansicht des 2. und 3. Strafsenats des Reichsgerichts und des Oberverwaltungsgerichts. Die strengere Auffassung entspricht zunächst allein dem klaren Wortlaut und Sinn der Vorschrift. Es ist unrichtig, wenn Zehnter zum Beweise des Gegenteils auf § 29 Bezug nimmt und meint, daß danach dem Arzttitel „gleichbedeutende“ Titel gleich zu achten sind und daß deshalb auch in § 147 Nr. 3 der Arzttitel nicht anders zu behandeln sei als „gleichlautende“ oder „ähnliche“. Vielmehr wird umgekehrt der in § 29 gebrauchte Ausdruck „gleichbedeutende“ durch § 147 Nr. 3 erläutert: eine „gleichbedeutende“ Bezeichnung ist derjenige arztähnliche Titel, durch den der Glaube erweckt wird, der Inhaber sei eine geprüfte Medizinalperson. Der mit „durch den“ beginnende Relativsatz bezieht sich nur auf die zweite, nicht auf die erste Alternative. Die Vorschrift will den Arzttitel und die in Klammern hinzugefügten Bezeichnungen — welche der Senat nicht mehr wie in seinem K. G. J. 21 C. 10 abgedruckten Urteil als bloße Beispiele, sondern als neben dem Arzttitel erschöpfend aufgezählte Gegenstände des hier in Betracht kommenden gesetzlichen Schutzes ansieht — schlechthin zugunsten der in Deutschland approbierten Personen

schützen, nur diese Personen sind — von etwaigen internationalen Vereinbarungen abgesehen (vergl. z. B. die Uebereinkunft mit Oesterreich-Ungarn vom 20. September 1882 — R.G.Bl. 1883 S. 39) — Aerzte, Zahnärzte usw. im Sinne des Deutschen öffentlichen Rechts, wobei dahingestellt bleiben kann, ob das Gesetz die entsprechenden fremdsprachlichen Bezeichnungen zuläßt. Hätte das Gesetz die Führung der im Auslande erworbenen Titel gestatten wollen, so hätte es eine Strafbestimmung gegen den Mißbrauch dieser Bezeichnungen hinzugefügt. Denn unmöglich kann beabsichtigt sein, einer auch nicht in Rußland approbierten Person die Führung des Titels „russischer Zahnarzt" zu gestatten.

Die hier vertretene Auffassung entspricht ferner allein dem Zwecke der Bestimmung. Dieser geht dahin, vor allem das ungebildete Publikum zu schützen, welches sich nur an den Titel „Arzt" oder „Zahnarzt" hält, die auf eine ausländische Approbation hindeutenden Zusätze aber nicht liest oder nicht versteht.

Die entgegenstehende Ansicht birgt aber auch einen Widerspruch in sich, insofern als sie annimmt (vergl. bes. die Urteile des 3. Str.-S. des R.-G. vom 21. September 1905, Entsch. Bd. 38, S. 158, und des Bayer. Obersten Landesg. vom 19. September 1908, Veröff. Bd. 6 S. 283), daß auch in den Fällen, wo ein auf ausländische Approbation hindeutender und damit das Vorhandensein einer inländischen angeblich verneinender Zusatz gemacht wird, doch die Möglichkeit einer Bestrafung auf Grund der zweiten Alternative bestehe, wonach sich strafbar macht, wer sich einen arztähnlichen Titel beilegt, durch welchen der Glaube erweckt wird, der Inhaber sei eine (im Inlande) approbierte Medizinalperson.

Endlich gewährleistet nur die strenge Auffassung einen klaren Rechtszustand, während die entgegengesetzte künstliche Unterscheidungen und schwierige Untersuchungen nötig macht, wie sie die Feststellung der zweiten Alternative erfordert. So hält z. B. das Reichsgericht (Entsch. Bd. 38 S. 160) den Titel „russischer Zahnarzt" für zulässig, das bayerische Oberste Landesgericht dagegen (Veröff. usw. Bd. 6 S. 279) den Titel „amerikanischer Zahnarzt" — wegen dessen Führung der II. Zivilsenat des Reichsgerichts eine Verurteilung auf Grund des Reichsgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb ausgesprochen hat (a. a. O. Bd. 6 S. 276) — für ein nach § 147 Nr. 3 R. G. O. strafbares Vergehen, weil darunter auch die Anwendung amerikanischer Methode und Technik verstanden werden könne, dagegen erachtet Zehnter die Titel „amerikanischer" und „in Amerika approbierter" Zahnarzt für zulässig. Das Bayerische Oberste Landesgericht sieht ferner die Bezeichnung „ung. appr. Zahnarzt" für nicht gegen die erste, wohl aber gegen die zweite Alternative des § 147 Nr. 3 verstoßend an (Urteil vom 19. September 1908, Entsch. in Strafs. Bd. 8 S. 419) während es in der Bezeichnung „in Paris diplomierter Zahnarzt" mit Rücksicht auf die berechnete Vermeidung des Ausdruckes „approbiert" eine Zuwiderhandlung gegen die erste Alternative findet (Urteil vom 10. November 1910, Samml. Bd. 10 S. 359). Alle diese Unterscheidungen sind geeignet, den Hauptzweck des § 147 Nr. 3 zu gefährden, den Schutz des ungebildeten Publikums, welches den griechischen Ausdruck „diplomiert" ebensowenig versteht wie den laiteinischen „approbiert" und sich nur an die deutsche Bezeichnung „Arzt" hält.

Es muß daher bei der strengeren Ansicht verblieben werden. Danach hat Angeklagter dureh die Bezeichnung „russischer Zahnarzt" und „Zahnarzt, approbiert in Rußland und Amerika", gegen die erste Alternative des § 147 Nr. 3 verstoßen und ist deshalb mit Recht bestraft. Seine Revision war daher zurückzuweisen. Den Kostenpunkt regelt § 505 Str.-P.-O.

Fahrlässige Tötung durch eine Naturheilgehilfin. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-S.) vom 15. November 1912.

Die frühere Naturheilgehilfin N. hatte die Behandlung einer Frau S. übernommen, die an einem Bruch litt, dessen Zurückbringen der zu Rate gezogene Arzt wegen seiner Größe und augenblicklichen Beschaffenheit als zur Zeit nicht möglich erklärt hatte. Frau N. hatte jedoch keine Bedenken, sondern drückte den Bruch ein, legte dann ein Bruchband an, ohne es anzupassen, und verordnete außerdem der Frau einen Tee; zugleich erklärte sie, daß Dr. B. nicht mehr zu kommen brauche. — Die Frau starb bald darauf, ohne von dem Tee zu sich genommen zu haben. Die Sektion ergab eine Zerreißung des

Dünndarms und eine Verletzung der Bauchwand. Die Strafkammer sah als festgestellt an, daß die N. eine fahrlässige Körperverletzung begangen habe. Ein Zurückbringen des Bruches sei nur unter Anwendung der äußersten Vorsicht vorzunehmen. Frau N. habe jedoch Gewalt angewendet, was bei einem eingeklemmten Bruch besonders gefährlich sei. Frau N. habe demzufolge nicht das Maß von Umsicht und Sorgfalt gezeigt, daß nach Uebernahme des Falles zu verlangen gewesen sei. — Frau N. legte gegen das Urteil Revision mit der Begründug ein, daß die Feststellungen der Strafkammer nicht ausreichend seien, um eine Verurteilung wegen Körperverletzung zu rechtfertigen. Insbesondere sei keineswegs erwiesen, daß das Zurückbringen des Bruches ursächlich für den Tod der behandelten Frau gewesen sei. — Der vierte Strafsenat des Reichsgerichts verwarf jedoch die Revision als unbegründet, da der Vorderrichter die Fahrlässigkeit der Angeklagten, die die erforderliche Sorgfalt habe vermissen lassen, einwandfrei festgestellt habe und sonst ein Rechtsirrtum nicht vorliege. (Sächsische Korrespondenz.)

Die Verordnung und Verabfolgung von Ersatzpräparaten statt wortgeschützter Medikamente durch Kassenärzte als Verletzung des Warenzeichenrechtes und Verstoß gegen die guten Sitten. Urteil des Reichsgerichts (II. Z.-S.) vom 22. November 1912.

Der Württembergische Krankenkassenverband in Stuttgart hat seinen Aerzten empfohlen, statt der geschützten Arzneimittel stets die billigeren Ersatzmittel zu verordnen; er war dabei in Differenzen mit einem Fabrikanten Dr. H. in Berlin geraten, des Inhabers eines als „Pyrenol" geschützten Fiebermittels, dessen Herstellung Geschäftsgeheimnis ist. Der Krankenkassenverband behauptete, er kenne die Zusammensetzung des Pyrenol auf Grund der von ihm angestellten Analysen und habe die Aerzte angewiesen, statt des Pyrenol, von besonderen Fällen abgesehen, stets ein gleichwertiges Ersatzmittel zu verordnen. Der Krankenkassenverband hatte seine Aerzte sogar Reverse unterschreiben lassen, stets an Stelle der wortgeschützten Arzneimittel die Ersatzmittel anzuordnen, und auch die Apotheker angewiesen, wenn nicht ausdrücklich Pyrenol verschrieben sei, stets die Ersatzmittel zu verabreichen. Wenn also ein Arzt Pyrenol verordnete, so war es ihm zwar gestattet, das wortgeschützte Pyrenol auf das Rezept zu schreiben, die Apotheker waren aber verpflichtet, nicht Pyrenol, sondern stets das Ersatzpräparat abzugeben, wenn nicht das Rezept den ärztlichen Vermerk N. B. trug. Der Fabrikant erblickte in diesem Verhalten des Krankenkassenverbandes eine Verletzung seines Warenzeichenrechtes sowie auch einen Verstoß gegen die guten Sitten und klagte gegen den Verband auf Unterlassung und Schadenersatz. Landgericht und Oberlandesgericht Stuttgart wiesen die Klage ab. Auf die Bestimmungen des Strafgesetzbuches könnte die Klage deshalb nicht gestützt werden, weil weder eine Vermögensbeschädigung der Kassenmitglieder noch eine Schädigung des Klägers durch Täuschung der Patienten vorliege. Auch § 824 B.G.B. sei nicht verletzt, denn die Kasse sei der Ueberzeugung gewesen, sie kenne die Zusammensetzung des Pyrenol. Das von der Kasse angeordnete Verfahren gelte übrigens allgemein für alle Aerzte und richte sich keineswegs gegen den Kläger persönlich. Auch ein Verstoß gegen die guten Sitten liege nicht vor, denn der Verband greife nicht in das freie Bestimmungsrecht des Arztes ein, so lange er Aerzten, die das echte Pyrenol doch verschreiben wollten, dies nicht schlechtweg verbiete. Ebensowenig könne ein Verstoß gegen § 6 des Krankenkassenversicherungsgesetzes angenommen werden. Die Berufung des Klägers auf die Bestimmung des Wettbewerbsgesetzes sei gleichfalls verfehlt, vor allem deshalb, weil der beklagte Verband mit seinen den Aerzten und Apothekern gegebenen Anweisungen nicht in Wettbewerb zu dem Kläger trete und die Behauptung des Verbandes, er kenne die Zusammensetzung des Pyrenol, nicht zu Zwecken des Wettbewerbes erfolge. Der Warenzeichenschutz des Klägers gebe ihm nur das Recht, zu verbieten, daß andere Waren ähnlicher Art unter der gleichen Bezeichnung in den Verkehr brächten. Das tue aber der beklagte Verband nicht, wenn er die Aerzte anweise, für das Pyrenol stets die Ersatzmittel zu verschreiben. Die Revision vertrat trotzdem den Standpunkt, daß es sowohl ein Betrug zu Lasten des Klägers sowie auch eine vermögensrechtliche Schädigung desselben bedeute, wenn die Apotheker entgegen der ärztlichen Ordination berechtigt sein sollten, etwas anderes zu verabfolgen. Ein solches Verfahren

des Verbandes berühre auch den eingerichteten Gewerbebetrieb des Klägers als solchen, der nach ständiger Rechtsprechung des Reichsgerichts als schutzwürdiges Recht im Sinne von § 823 angesehen werde. Das Reichsgericht gab der Revision statt und verurteilte den beklagten Verband nach allen dem Kläger gestellten Unterlassungsanträgen. (Badische Korrespondenz.)

Zum Verkauf von Spiritus (90prozentigen) im Handverkauf bedarf der Apotheker keiner besonderen Konzession, falls die Abgabe zu Heil- oder technischen Zwecken erfolgt. Urteil des preuß. Kammmergerichts (I. Str.-S.) vom 6. Januar 1913.

Probat ist zwar ein auf dem Wege der Destillation (aus Wermutkraut, Kümmelkraut, Arnikablättern, Melisse- und Pfefferminzkraut sowie Weingeist gewonnenes Mittel, aber trotzdem nicht als Destillat, sondern als eine dem freien Verkehr nicht überlassene Mischung oder Lösung (Nr. 5 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 20. Oktober 1901) anzusehen, da ein neues Produkt durch die Destillation nicht entstanden ist. Es besitzt außerdem keine Heilwirkung auf Blutstockungen und Periodenstörungen bei Frauen, sondern ist für diesen Zweck völlig wertlos. Prahlerische Ankündigungen des Mittels sind demnach geeignet, den Anschein eines günstigen, die Konkurrenz schädigenden Angebots hervorzurufen und auf Grund des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb strafbar. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 11. Januar 1913.

Verantwortlichkeit und Schadenersatzpflicht eines Drogenhändlers bei Verwechslung von Arzneimitteln. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 27. Juni 1912.

Mit Recht hat das Berufungsgericht angenommen, daß der Beklagte die verkehrserforderliche Sorgfalt außer acht gelassen und hierdurch die Verletzung der Zweitklägerin fahrlässig im Sinne des § 823 Abs. 1 B.G.B. verursacht habe.

Der Beklagte betreibt, wie feststeht, ein Drogen-Großgeschäft mit etwa 80 Filialen und führt in seinem Geschäft auch Chemikalien, die zum menschlichen Genusse dienen, bei denen aber eine Verwechslung im Handel geradezu eine Leib- und Lebensgefahr für das Publikum bedeutet. Dies gilt besonders für die ähnlich aussehenden Salze, die sogar leicht miteinander verwechselt werden können. Der meist warenunkundige Laienkäufer vermag solchen Waren nicht eine etwaige Verwechslung anzusehen und die ihm daraus drohende Gefahr zu erkennen. Er muß also auf Sicherheit im Handelsverkehre vertrauen. Wer daher einen derartigen Warenhandel betreibt, aus dem durch gefährliche Verwechslung für die Allgemeinheit Schaden entstehen kann, dem liegt auch die Rechtspflicht ob, alle Sorgfalt anzuwenden, um diese dem Publikum drohenden Gefahren tunlichst abzuwenden.

Von diesem Gesichtspunkt aus ist das Berufungsgericht zutreffend davon ausgegangen, daß der Beklagte als Geschäftsinhaber persönlich verpflichtet war, durch besondere Einrichtungen und Anordnungen in seinem Geschäfte die Gewähr zu bieten, daß alle in den Handel gelangenden Waren zum Schutze vor Verwechslung vorher zuverlässig geprüft und richtig ausgezeichnet werden.

Diese Sorgfaltspflicht des Beklagten ist keineswegs überspannt, wenn bei der Größe des ausgedehnten Geschäfts und bei der Art leicht verwechslungsfähiger Waren von ihm verlangt wird, daß solche Waren durch einen warenkundigen Fachmann vorher geprüft und ausgezeichnet werden.

Der Beklagte kann dieser Auffassung nicht entgegenhalten, es sei die Anstellung eines gelernten Drogisten in Geschäften dieser Art nicht geboten, die Waren würden von anderen Firmen bezogen, und er habe sich darauf verlassen können, daß sie unverwechselt geliefert und richtig ausgezeichnet würden. Dieses Vorbringen erscheint rechtlich unerheblich. Einmal ist nicht der mindeste tatsächliche Anhalt dafür festgestellt, was ein so unbegrenztes und unbedingtes Vertrauen zu jenen Firmen rechtfertigen könnte. Sodann aber kann der Beklagte mit dem bloßen Hinweis auf die von ihm angenommene Zuverlässigkeit seiner Warenlieferanten sich nicht seiner eigenen Sorgfaltspflicht entledigen, wonach er selber dafür einstehen muß, daß sein eigener Waren-

vertrieb für die Abnehmerkreise gefahrlos eingerichtet ist. Ob es nun gerade erforderlich und unerläßlich ist, einen gelernten Drogisten bloß zur Warenkontrolle anzustellen, hängt selbstverständlich von den in Betracht kommenden Geschäftsverhältnissen, von der Art der Waren und der Form ihres Umsatzes ab; es ist dies wesentlich eine Tatfrage, die hier einer Entscheidung nicht bedurfte. Aber rechtlich muß daran festgehalten werden, daß zum Schutze der Allgemeinheit vor gesundheitsschädlichen Verwechslungen die Waren nur durch eine durchaus zuverlässige und warenkundige Person geprüft und ausgezeichnet werden (vgl. Urteil des Senats vom 28. Dezember 1911, VI 261/11, wo von Angestellten eines Großgeschäfts irrig Tollkirschen statt der bestellten Brennesselblätter abgesandt worden sind).

An dieser Fürsorge hat es aber der Beklagte durchaus fehlen lassen. Er hat, wie festgestellt ist, mit der selbständigen Empfangnahme, Prüfung und Auszeichnung der Waren den unerfahrenen, warenunkundigen, 18jährigen Lageristen B. betraut, der nicht imstande war, Pottasche von Karlsbader Salz zu unterscheiden. Verstieß schon hierdurch der Beklagte gegen das Gebot der verkehrserforderlichen Sorgfalt und verdient er schon deshalb den Vorwurf, daß seine Geschäftseinrichtung in dieser Hinsicht mangelhaft war, so kommt noch als weitere Fahrlässigkeit hinzu, daß es auch, was das Berufungsgericht ebenfalls festgestellt hat, an jeder Anordnung gefehlt hat, wie B. in zweifelhaften Fällen verfahren, und an wen er sich wenden sollte, um unbedingt sichere Auskunft, die jede gefährliche Verwechslung ausschloß, zu erhalten. Ohne solche strenge Anordnung besaß der Beklagte nicht die mindeste Gewähr und Gewißheit, daß B. bei seiner Unerfahrenheit vor irriger Warenbehandlung geschützt sei. Den Vorwurf, auch hierin die gebotene Verkehrssorgfalt außer acht gelassen zu haben, kann der Beklagte nicht schon damit von sich abschütteln, daß er die Lageraufsicht dem bewährten Lagerhalter C. übertragen gehabt habe. Denn diese bloße Lageraufsicht bot, was das Berufungsgericht weiterhin tatsächlich feststellt, keine Sicherheit dafür, daß ähnliche Waren, die nur der warenkundige Fachmann zuverlässig von einander zu unterscheiden vermag, nicht verwechselt würden.

Daß diese dem Beklagten als Fahrlässigkeit vorzuwerfende Unzulänglichkeit seiner Geschäftseinrichtung die Verwechslung von Pottasche und Karlsbader Salz ermöglicht und weiterhin die Verletzung der Zweitklägerin herbeigeführt hat, kann rechtlich nicht zweifelhaft sein. Es genügt in dieser Hinsicht, auf die Gründe des Berufungsurteils zu verweisen. Danach ist die Schadenshaftung des Beklagten aus § 823 Abs. 1 B.G.B. ohne Rechtsirrtum bejaht worden.

Demgegenüber kann der Beklagte sich nicht darauf berufen, daß das ursächliche Verschulden bei der Firma de H. C. & Söhne vorgekommen sei, die ihm die Pottasche statt Karlsbader Salz geliefert habe. Ob dies zutrifft, kann dahingestellt bleiben. Denn keinesfalls kann die Mitschuld eines Dritten den Beklagten wegen seines eigenen ursächlichen Verschuldens von der Schadenshaftung rechtlich befreien.

Reicht somit schon die Anwendung des § 823 Abs. 1 B.G.B. aus, um das Berufungsurteil zu bestätigen, so ist ein Eingehen darauf, ob der Beklagte auch nach § 831 B.G.B. für den Schaden verantwortlich ist, nicht weiter veranlaßt.

Die Revision ist daher als unbegründet zurückzuweisen. Nach § 97 Z.P.O. hat der Beklagte die Kosten seines erfolglosen Rechtsmittels zu tragen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Einrichtung und Betrieb der Zinkhütten und Zinkerzrösthütten.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 13. Dezember 1912

Auf Grund des § 120e der Gewerbeordnung hat der Bundesrat über die Einrichtung und den Betrieb der Zinkhütten und Zinkerzrösthütten folgende Vorschriften erlassen:

§ 1. Die Räume, in denen Zinkerz zerkleinert, kalziniert oder geröstet oder Rohzink durch Destillation gewonnen wird, müssen geräumig, hoch und

so eingerichtet sein, daß in ihnen ein ausreichender beständiger Luftwechsel stattfindet.

Sie müssen mit einem ebenen und festen Fußboden versehen sein, der eine leichte Beseitigung des Staubes durch Absaugen oder auf feuchtem Wege gestattet.

Die Wände müssen, um eine Staubansammlung zu vermeiden, eine ebene Oberfläche haben; sie müssen, soweit sie nicht mit einer abwaschbaren Bekleidung oder mit einem Oelfarbenanstriche versehen sind, mindestens einmal jährlich mit Kalk frisch angestrichen werden.

Das Dachgebälk und die Kappen der Destillationsöfen sind mindestens einmal jährlich durch Absaugen oder in anderer geeigneter Weise von Staub gründlich zu reinigen.

§ 2. In den im § 1 bezeichneten Räumen muß in der Nähe der Arbeitsstellen gutes, gegen Eindringen von Staub geschütztes Trinkwasser in reichlichen Mengen für die Arbeiter derart bereitgehalten werden, daß sie es jederzeit bequem erreichen können, ohne ins Freie zu treten.

In der Nähe der Oefen sowie in den Röschen sind Einrichtungen zum Besprengen des Fußbodens anzubringen.

Der Fußboden in den im § 1 bezeichneten Räumen ist mindestens einmal täglich durch Absaugen oder feucht zu reinigen.

§ 3. Die Zerkleinerung der Zinkerze darf nur in Apparaten erfolgen, die so eingerichtet sind, daß das Austreten von Staub wirksam verhindert wird.

§ 4. Die Röstöfen sowie die Kalzinieröfen sind mit wirksamen Abzugsvorrichtungen für die entweichenden Gase zu versehen. Es ist dafür zu sorgen, daß die Wirksamkeit der Abzugsvorrichtungen während des Ofenbetriebs nicht unterbrochen wird.

§ 5. Die zum Beschicken der Destillationsöfen bestimmten Erze dürfen zur Vermeidung der Staubbildung nur in feuchtem Zustand vor den Oefen gelagert, mit anderem Material gemischt und in die Oefen eingeführt werden.

§ 6. Staub, Gase und Dämpfe, die den Destillationsöfen entweichen, müssen durch wirksame Einrichtungen möglichst nahe an der Austrittsstelle abgefangen und zum Hüttenraume hinausgeführt werden.

Durch geeignete Abführungsvorkehrungen muß auch das Eindringen der Feuerungsgase in den Hüttenraum tunlichst verhindert werden.

§ 7. Die Räumasche darf nicht in den Hüttenraum gezogen werden; sie muß in geschlossenen Kanälen oder Taschen unter den Oefen aufgefangen und aus diesen Kanälen oder Taschen unmittelbar in Wagen entleert werden, die sich unterhalb der Destillationsräume befinden.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann widerruflich und nicht über den 31. Dezember 1922 hinaus Ausnahmen von dieser Vorschrift zulassen, sofern Einrichtungen der im Abs. 1 bezeichneten Art nur durch unverhältnismäßig kostspielige Umbauten hergestellt werden können.

§ 8. Das Sieben und Verpacken der bei der Zinkdestillation gewonnenen Nebenerzeugnisse (Zinkstaub, Flugstaub) darf nur in einem besonderen, von anderen Arbeitsräumnn getrennten Raume ausgeführt werden, der den Vorschriften des § 1 entspricht.

Das Sieben darf nur in Apparaten vorgenommen werden, die so eingerichtet sind, daß das Austreten von Staub wirksam verhindert wird.

§ 9. Arbeiterinnen und jugendliche Arbeiter dürfen nicht beschäftigt werden:

1) bei der Bedienung der Zinkdestillationsöfen,
2) beim Entleeren der Ballons und Vorlagen,
3) beim Entleeren der Kanäle und Flugstaubkammern, die an Zinkdestillations-, Zinkerzkalzinier- oder Zinkerzröstöfen angeschlossen sind,
4) beim Sieben und Verpacken sowie bei der Beförderung der bei der Zinkdestillation gewonnenen Nebenerzeugnisse,
5) beim Sieben von trockener Räumasche und trockener Asche aus den Feuerungen,
6) beim Verladen und Abfahren der Räumasche und der Asche aus den Feuerungen,
7) mit sonstigen Arbeiten, die ein Betreten der Destillationsräume erforderlich machen, insbesondere mit dem Heranschaffen des Beschickungsmaterials an die Oefen.

Die Vorschrift in Ziffer 7 findet keine Anwendung auf die Beschäftigung jugendlicher männlicher Arbeiter mit den Maurerarbeiten bei der Herstellung neuer oder der Ausbesserung kalter Oefen. Diese Beschäftigung darf jedoch nur in Räumen stattfinden, in denen keine Destillationsöfen im Betriebe sind.

§ 10. Arbeiter zwischen sechzehn und achtzehn Jahren dürfen beim Verladen und Abfahren der Räumasche sowie der Asche aus den Feuerungen und beim Sieben und Verpacken der bei der Zinkdestillation gewonnenen Nebenerzeugnisse nicht beschäftigt werden.

Zu anderen Arbeiten in dem Destillationsbetriebe dürfen sie nur zugelassen werden, wenn durch ein Zeugnis eines von der höheren Verwaltungsbehörde dazu ermächtigten approbierten Arztes bescheinigt wird, daß weder ihre Gesundheit noch ihre körperliche Entwicklung zu Bedenken gegen die Beschäftigung Anlaß gibt. Die Bescheinigungen sind zu sammeln, aufzubewahren und dem Gewerbeaufsichtsbeamten sowie dem Medizinalbeamten auf Verlangen vorzulegen.

§ 11. In einem staubfreien Teile der Anlage muß für die Arbeiter ein Wasch-, Bade- und Umkleideraum und getrennt davon ein Speiseraum vorhanden sein. Diese Räume müssen möglichst in der Nähe der Arbeitsstellen liegen, sauber und staubfrei gehalten und während der kalten Jahreszeit geheizt werden.

In den Umkleideräumen müssen Einrichtungen zur Verwahrung der Arbeits- und der Straßenkleidung in ausreichender Menge und solcher Beschaffenheit vorhanden sein, daß die Straßenkleidung nicht der Gefahr der Beschmutzung ausgesetzt ist; Wasser, Seife und Handtücher sind den Arbeitern in ausreichender Menge unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Den Arbeitern ist wenigstens zweimal wöchentlich Gelegenheit zu geben, ein warmes Bad zu nehmen. Sofern nicht nach dem Urteil des Gewerbeaufsichtsbeamten dringende Rücksichten auf den Betrieb dies ausgeschlossen erscheinen lassen, ist diese Gelegenheit innerhalb der Arbeitszeit zu geben.

§ 12. Die Untersuchung und die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter ist einem von der höheren Verwaltungsbehörde dazu ermächtigten, dem Gewerbeaufsichtsbeamten namhaft zu machenden approbierten Arzte zu übertragen; dieser muß jeden Arbeiter vor der Einstellung untersuchen. Es dürfen nur solche Arbeiter eingestellt werden, bei denen dies der Arzt für unbedenklich erklärt. Der Arzt hat ferner die Arbeiter mindestens einmal monatlich im Betrieb aufzusuchen, bei ihnen auf Krankheitserscheinungen, insbesondere auf Anzeichen einer Bleierkrankung zu achten und solche, die ihm verdächtig erscheinen, eingehend zu untersuchen.

Auf Anordnung des Arztes sind Arbeiter, welche Krankheitserscheinungen infolge der Einwirkung des Betriebs, namentlich Zeichen von Bleivergiftung aufweisen, bis zur völligen Genesung, solche Arbeiter aber, die sich diesen Einwirkungen gegenüber besonders empfindlich erweisen, dauernd von den im § 9 Abs. 1 bezeichneten Verrichtungen fernhalten.

§ 13. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, zur Kontrolle über den Wechsel und Bestand sowie über den Gesundheitszustand der Arbeiter ein Buch zu führen oder durch einen Betriebsbeamten führen zu lassen. Er ist für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Eintragungen, soweit sie nicht vom Arzt bewirkt werden, verantwortlich.

Dieses Kontrollbuch muß enthalten:

1) den Namen dessen, welcher das Buch führt,
2) den Namen des mit der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter beauftragten Arztes,
3) Vor- und Zunamen, Alter, Wohnort, Tag des Ein- und Austritts jedes Arbeiters sowie die Art seiner Beschäftigung,
4) das Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung.
5) den Tag und die Art jeder Erkrankung eines Arbeiters nebst einer Angabe, ob die Erkrankung nach Ansicht des Arztes mit Blei zusammenhängt oder nicht,
6) den Tag der Genesung,
7) die Tage und Ergebnisse der im § 12 vorgeschriebenen Besichtigungen und Untersuchungen.

Statt eines Buches können — mit Zustimmung der höheren Verwaltungs-

behörde — auch Karten benutzt werden, wenn sie alle erforderlichen Angaben enthalten und füı ihre Vollständigkeit Gewähr geleistet wird.

Dem Gewerbeaufsichtsbeamten und dem Medizinalbeamten sind das Buch oder die Kartensammlung auf Verlangen jederzeit vorzulegen.

§ 14. Die Arbeiter dürfen Nahrungsmittel nicht in die Arbeitsräume mitnehmen. Das Einnehmen der Mahlzeiten ist nur außerhalb der Arbeitsräume gestattet. Die Arbeiter dürfen erst dann den Speiseraum betreten, Mahlzeiten einnehmen oder die Anlage verlassen, wenn sie zuvor Hände und Gesicht sorgfältig gewaschen haben.

Der Arbeitgeber hat die Durchführung dieser Vorschriften zu überwachen.

§ 15. Neu zu erbauende Destillationsöfen, hinsichtlich deren gemäß §§ 16 ff., 25 der Gewerboordnung eine besondere Genehmigung erforderlich ist, müssen so angelegt werden, daß

1) vor ihren Beschickungsöffnungen ein lichter Raum von mindessens 6 m, bei Oefen, deren Beschickungsöffnungen sich gegenüberliegen, ein Zwischenraum von mindestens 10 m vorhanden ist;
2) die unter den Destillationsräumen befindlichen Gänge (Röschen) geräumig, im Scheitel mindestens 3,5 m hoch, hell und luftig sind.

§ 16. Falls technische Neuerungen in Zinkhüttenbetrieben es unmöglich oder zweklos machen sollten, die Bestimmungen in §§ 1 bis 8, 15 vollständig durchzuführen, so kann die höhere Verwaltungsbehörde widerruflich Ausnahmen zulassen, wenn sichergestellt ist, daß die Arbeiter auf andere Weise gegen Gefahren für Leben und Gesundheit mindestens ebenso geschützt sind, wie es die genannten Bestimmungen vorsehen.

§ 17. Unberührt durch die vorstehenden Bestimmungen bleibt die Befugnis der zuständigen Behörden, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen gemäß §§ 120d, 120f der Gewerbeordnung weitere Anordnungen zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter zu treffen.

§ 18. In jedem Arbeitsraume sowie in dem Ankleide- und dem Speiseraume muß eine Abschrift oder ein Abdruck dieser Bekanntmachung an einer in die Augen fallenden Stelle aushängen.

§ 19. Die vorstehenden Bestimmungen treten am 1. Januar 1913 in Kraft und an Stelle der Bekanntmachungen vom 6. Februar 1900 (Reichsgesetzbl. S. 32) und vom 25. November 1910 (S. 1105).

Die höhere Verwaltungsbehörde kann widerruflich gestatten, daß Arbeiterinnen, die vor dem 1. Januar 1913 mit den im § 9 Abs 1 Ziff. 2, 3, 5 oder 7 bezeichneten Arbeiten beschäftigt waren, noch bis zum 1. Januar 1920 zu diesen Arbeiten weiterverwendet werden unter der Bedingung, daß diese Beschäftigung nur vor Beginn oder nach Beendigung des sogenannten Manövers an den Oefen stattfindet.

Für die Zeit bis zum 1. Januar 1920 kann die höhere Verwaltungsbehörde widerruflich Ausnahmen von der im § 9 Abs. 2 Satz 2 ausgesprochenen Beschränkung zulassen.

Die auf Grund der bisherigen Bestimmungen erteilten Ausnahmen treten am 31. Dezember 1913 außer Kraft.

B. Königreich Preussen.

Einrichtung einer Standesvertretung der Zahnärzte. Königliche Verordnuug vom 16. Dezember 1912.

§ 1. Für das Gebiet des Königreichs Preußen wird eine Zahnärztekammer mit dem Sitze in Berlin errichtet.

§ 2. Der Geschäftskreis der Zahnärztekammer umfaßt die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, die den zahnärztlichen Beruf, insbesondere die zahnärztliche Fortbildung, die zahnärztlichen Standesinteressen oder die Zahngesundheitspflege betreffen.

Die Zahnärztekammer ist befugt, innerhalb ihres Geschäftskreises Vorstellungen und Anträge an die Staatsbehörden zu richten. Die Staatsbehörden sollen ihr Gelegenheit geben, sich über Fragen ihres Geschäftskreises gutachtlich zu äußern.

§ 3. Die Mitglieder der Zahnärztekammer werden gewählt. Die Wahl erfolgt getrennt nach Provinzen. Der Landespolizeibezirk Berlin bildet einen

eigenen Wahlbezirk. Die Hohenzollernschen Lande gehören zum Wahlbezirke der Rheinprovinz.

Nicht wahlberechtigt und nicht wählbar sind:

1) aktive Militär- und Marineärzte, die zugleich Zahnärzte sind;
2) die Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes, die zugleich Zahnärzte sind, für die Dauer ihrer Einziehung zur Dienstleistung.

Wahlberechtigt und wählbar sind dagegen alle übrigen in Deutschland approbierten Zahnärzte, die innerhalb des Wahlbezirkes ihren Wohnsitz haben, Angehörige des Deutschen Reiches sind und sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden. Zahnärzte, die zugleich praktische Aerzte sind, gehören auch zur Zahnärztekammer.

Das Wahlrecht und die Wählbarkeit der im vorhergehenden Absatze bezeichneten Zahnärzte gehen verloren, sobald eins der aufgeführten Erfordernisse bei dem bis dahin Wahlberechtigten nicht mehr zutrifft. Hier ruhen während der Dauer eines Konkurses, während der Dauer des Verfahrens auf Zurücknahme der zahnärztlichen Approbation oder während der Dauer einer gerichtlichen Untersuchung, wenn diese wegen Verbrechen oder wegen solcher Vergehen eingeleitet ist, die den Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte nach sich ziehen oder nach sich ziehen können, oder wenn die gerichtliche Haft verfügt ist.

§ 4. Einem Zahnarzte, der die Pflichten seines Berufs in erheblicher Weise oder wiederholt verletzt, oder sich durch sein Verhalten der Achtung, die sein Beruf erfordert, unwürdig gezeigt hat, ist durch Beschluß des Vorstandes der Zahnärztekammer das Wahlrecht oder die Wählbarkeit oder beides zugleich dauernd oder auf Zeit zu entziehen. Es ist ihm vorher Gelegenheit zu geben, sich über die gegen ihn erhobene Anschuldigung zu äußern. Zu der Beratung und Beschlußfassung über die Entziehung des Wahlrechts ist ein Beauftragter des Ministers des Innern zuzuziehen; dieser hat das Recht, jederzeit gehört zu werden, hat jedoch kein Stimmrecht.

Gegen den Beschluß steht dem Betroffenen innerhalb vier Wochen von der Zustellung ab die Beschwerde an den Minister des Innern zu.

Die Bestimmungen über die Entziehung des Wahlrechts finden keine Anwendung auf Zahnärzte, die als solche ein mittelbares oder unmittelbares Staatsamt bekleiden.

§ 5. Die Wahlen finden alle drei Jahre im November, das erste Mal zu einer vom Minister des Innern zu bestimmenden Zeit, statt. Der dreijährige Zeitraum, für den die Mitglieder gewählt werden, beginnt mit dem Anfange des nächstfolgenden Jahres. Bei der ersten Wahl bestimmt der Minister des Innern Beginn und Dauer der Wahlperiode.

Vor jeder Wahl ist für jeden Wahlbezirk, das erste Mal von dem zuständigen Oberpräsidenten, in künftigen Fällen von dem Vorstande der Zahnärztekammer, eine Liste der Wahlberechtigten aufzustellen. Diese ist in jedem Kreise (Oberamtsbezirk) im Laufe des dritten Monats vor der Wahl vierzehn Tage öffentlich auszulegen, nachdem die Zeit und der Ort der Auslegung vorher öffentlich bekannt gemacht sind. Einwendungen gegen die Liste sind unter Beifügung der erforderlichen Bescheinigungen binnen vierzehn Tagen nach beendigter Auslegung bei dem Vorstand der Zahnärztekammer — das erste Mal bei dem zuständigen Oberpräsidenten — anzubringen. Gegen die hierauf ergehende Entscheidung findet innerhalb vierzehn Tagen Beschwerde an den Minister des Innern statt, der entgültig entscheidet.

§ 6. In jedem Wahlbezirke sind zwei Mitglieder der Zahnärztekammer zu wählen. Erreicht jedoch die Zahl der Wahlberechtigten in einem Wahlbezirk 200, so sind drei Mitglieder zu wählen; für jede fernere Vollzahl von 200 Wahlberechtigten ist ein weiteres Mitglied zu wählen. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen. Wieviele Mitglieder und Stellvertreter hiernach auf jeden Wahlbezirk entfallen, wird von dem Minister des Innern auf Grund der endgültig gestgestellten Listen der Wahlberechtigten bestimmt.

Die Wahlzeit (Beginn und Ende der Wahlfrist) wird von dem Vorstande der Zahnärztekammer, das erste Mal von dem Minister des Innern, festgesetzt und ausgeschrieben; dabei ist zugleich die Zahl der zu wählenden Mitglieder und Stellvertreter bekannt zu machen. Es wird durch Stimmzettel gewählt, die an den Vorstand der Zahnärztekammer, das erste Mal an den zuständigen Oberpräsidenten, zu senden sind. Jeder Stimmzettel muß Namen, Stand und

Wohnort des Wählenden, der von ihm gewählten Mitglieder und der von ihm gewählten Stellvertreter enthalten und rechtzeitig bis zu dem bekanntgemachten Ende der Wahlfrist eingereicht werden.

Ungültig sind:

1) Stimmzettel, die die Person des Wählenden nicht erkennen lassen oder die von einer nicht wahlberechtigten Person ausgestellt sind;
2) Stimmzettel, die keinen oder keinen lesbaren Namen enthalten;
3) Stimmzettel, auf denen mehr Namen als zu wählende Personen verzeichnet sind;
4) Stimmzettel, die einen Vorbehalt oder Einspruch erhalten;
5) Stimmzettel, soweit sie die Person des Gewählten nicht unzweifelhaft erkennen lassen oden Namen einer nicht wählbaren Person bezeichnen oder der Angabe entbehren, ob der Beamte als Mitglied oder als Stellvertreter gewählt worden ist.

Gewählt sind diejenigen, die die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Das Ergebnis der Wahl ist das erste Mal von dem zuständigen Oberpräsidenten, demnächst von dem Vorstande der Zahnärztekammer innerhalb acht Tagen nach Ablauf der Wahlfrist festzustellen. Die Wahl ist dem Gewählten mit der Aufforderung mitzuteilen, sich über die Annahme oder Ablehnung binnen acht Tagen zu erklären.

Wer diese Erklärung nicht abgibt, wird als ablehnend betrachtet; an seine Stelle tritt, wer die nächstmeisten Stimmen erhalten hat. Das Ergebnis der Wahl ist dem Minister des Innern anzuzeigen und von diesem bekannt zu machen.

Jede Wahl verliert ihre Wirkung mit dem gänzlichen oder zeitweisen Aufhören einer der für die Wählbarkeit vorgeschriebenen Bedingungen. Der Vorstand der Zahnärztekammer hat darüber zu bestimmen, ob einer dieser Fälle eingetreten ist.

§ 7. Die Mitglieder der Zahnärztekammer verwalten ihr Amt als Ehrenamt.

Für die Teilnahme an den Sitzungen der Kammer und des Vorstandes können ihnen Reiseentschädigungen gewährt werden.

§ 8. In dem auf die Wahl folgenden Monate Januar sind die Mitglieder der Zahnärztekammer von dem Minister des Innern zur Wahl des Vorstandes zusammenberufen. Das erste Mal kann der Minister des Innern die Mitglieder auch zu einer anderen Zeit zusammenberufen.

In der Wahlversammlung führt ein Beauftragter des Ministers des Innern den Vorsitz.

Der Vorstand ist für die Dauer der Wahlperiode der Zahnärztekammer zu wählen und hat aus einem Vorsitzenden und mindestens zwei Mitgliedern zu bestehen.

Die Zaknärztekammer beschließt mit dieser Maßgabe nach absoluter Stimmenmehrheit, wieviele Vorstandsmitglieder zu wählen sind. Für den Vorsitzenden und jedes Mitglied des Vorstandes ist zugleich ein Stellvertreter zu wählen. Der Vorstand führt auch nach Ablauf der Wahlperiode bis zum Amtsantritte des neuen Vorstandes die Geschäfte einstweilen weiter.

Die Wahl erfolgt in geheimer Abstimmung durch Stimmzettel in besonderen Wahlgängen. Die Wahl kann durch Zuruf erfolgen, wenn von keiner Seite Widerspruch erhoben wird.

Der Vorsitzende wird zuerst gewählt.

Ungültige Stimmzettel (§ 6 Abs. 3) werden als nicht abgegeben betrachtet. Ueber die Gültigkeit entscheidet die Zahnärztekammer.

Gewählt ist, wer die absolute Stimmenmehrheit erhalten hat. Ergibt sich keine absolute Stimmenmehrheit, so wird zu einer engeren Wahl zwischen denjenigen zwei Personen geschritten, die die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das von dem Vorsitzenden zu ziehende Los darüber, wer auf die engere Wahl zu bringen oder wer als schließlich gewählt zu betrachten ist. Die Gewählten haben sich über die Annahme der Wahl, sofern sie anwesend sind, sofort, andernfalls nach Mitteilung der auf sie gefallenen Wahl durch den Minister des Innern, binnen acht Tagen zu erklären.

Wer diese Erklärung nicht abgibt, wird als ablehnend betrachtet.

§ 9. Der Vorstand vertritt die Zahnärztekammer nach außen und vermittelt ihren Verkehr mit den Staatsbehörden.

Der Vorstand faßt seine Beschlüsse nach Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Nur eine Entziehung des Wahlrechts oder der Wählbarkeit gilt bei Stimmengleichheit als abgelehnt.

Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend ist. Besteht der Vorstand nur aus dem Vorsitzenden und zwei Mitgliedern, so ist zur Beschlußfähigkeit die Teilnahme aller Mitglieder nötig. Er kann durch briefliche Abstimmung beschließen, sofern nicht ein Mitglied mündliche Abstimmung verlangt oder über die Entziehung des Wahlrechts oder der Wählbarkeit zu beschließen ist.

§ 10. Der Vorsitzende hat die laufenden Geschäfte der Zahnärztekammer und des Vorstandes zu führen, ihre Beschlüsse auszuführen oder deren Ausführung zu überwachen.

Er beruft die Versammlungen der Zahnärztekammer und des Vorstandes und leitet in beiden die Verhandlungen. Die Zahnärztekammer muß berufen werden, wenn die Hälfte ihrer Mitglieder unter Angabe des zu verhandelnden Gegenstandes schriftlich darauf anträgt oder wenn der Vorstand es beschließt.

Der Vorstand muß einberufen werden, wenn in gleicher Weise zwei Vorstandsmitglieder es beantragen.

Der Vorstand und die Zahnärztekammer werden durch schriftliche Einladung berufen, die spätestens vierzehn Tage vor der Versammlung eingeschrieben zur Post gegeben ist.

Bei der Einberufung der Zahnärztekammer muß der Gegenstand, über den in der Versammlung beschlossen werden soll, bezeichnet werden. Ueber andere Gegenstände, mit Ausnahme des Antrages auf abermalige Berufung der Zahnärztekammer, darf ein Beschluß nicht gefaßt werden.

§ 11. Die in jedem Wahlbezirke gewählten Stellvertreter werden in der Reihenfolge einberufen, in der sie der Stimmenzahl nach gewählt sind. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Mitglieder oder Stellvertreter, die am Erscheinen bei einer Vorstands- oder Kammersitzung verhindert sind, haben dies rechtzeitig anzuzeigen. Unterläßt ein Kammermitglied diese Anzeige wiederholt, so kann die Kammer ein für allemal beschließen, statt seiner einen Stellvertreter einzuberufen.

§ 12. Die Kammer ist beschlußfähig, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder oder Stellvertreter anwesend ist.

Sie faßt alle Beschlüsse mit Stimmenmehrheit, bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Im übrigen regelt sie ihre Geschäftsordnung selbständig.

§ 13. Die Kosten der ersten Wahl zur Zahnärztekammer sowie der von dem Minister des Innern ausgehenden Veröffentlichung des Ergebnisses der Wahlen trägt der Staat.

Im übrigen bleibt es der Zahnärztekammer überlassen, für die Bereitstellung der erforderlichen Mittel selbst zu sorgen.

§ 14. Die allgemeine Staatsaufsicht über die Zahnärztekammer und deren Vorstand wird durch den Minister des Innern geführt. Der Minister ist insbesondere befugt, die Schriftstücke der Kammer jederzeit einzusehen, Gegenstände zur Beratung zu stellen, die Einberufung der Kammer oder des Vorstandes zu verlangen oder selbst zu veranlassen und an den Vorstands- oder Kammersitzungen mit dem Rechte auf jederzeitiges Gehör teilzunehmen. Mit der Ausübung dieser Rechte kann er einen oder mehrere Kommissare beauftragen. Vor Anberaumung der Sitzungen des Vorstandes und der Kammer ist ihm die Tagesordnung vorzulegen. Er darf anordnen, daß Gegenstände, deren Erörterung nicht zur Zuständigkeit der Kammer gehört oder dem Wohle des Staates oder des Reichs zuwiderläuft, von der Tagesordnung abgesetzt werden. Wenn die Kammer seinen Anordnungen zuwiderhandelt oder sich sonst gesetzwidriger Handlungen oder Unterlassungen schuldig macht, durch die das Gemeinwohl verletzt wird, oder wenn sie andere als die ihr zustehenden Zwecke verfolgt, kann er die Kammer auflösen und Neuwahlen anordnen. Ueber den Zeitpunkt der Neuwahlen bestimmt er diesem Falle. Im übrigen ist bei diesen Wahlen und bei der Einberufung der neu gewählten Kammern nach den in den §§ 5, 6, 8 für die ersten Wahlen gegebenen Vorschriften zu verfahren.

§ 15. Diese Verordnung ist durch die Gesetzsammlung zu veröffentlichen.

C. Königreich Bayern.

Einrichtung von Kursen zur Unterweisung gemeindlicher Polizeibeamter in der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen. Entschließung des Königl. Staatsministeriums des Innern vom 16. Dezember 1912.

Die gesundheitliche Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen obliegt als ein Teil der örtlichen Gesundheitspolizei nach Art. 92 II und 138 I u. V. Art. 71 I. u. V der beiden Gemeindeordnungen den Ortspolizeibehörden. Die Ortspolizeibehörden bedienen sich hierbei der Mitwirkung der Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel. Die Mitwirkung dieser Anstalten beschränkt sich in der Hauptsache auf die wissenschaftliche Untersuchung von Proben und auf eine in größeren Zeiträumen sich wiederholende Besichtigung der Geschäfte, die Nahrungsmittel, Genußmittel sowie Gebrauchsgegenstände feilhalten. Sie kann eine fortdauernde Ueberwachung solcher Geschäfte, wie sie nach den Erfahrungen geboten und nach der Absicht der Gemeindeordnungen durch die Ortspolizei auszuüben ist, nicht ersetzen. Da eine geeignete Ueberwachung, insbesondere die Entnahme von Proben für die wissenschaftliche Untersuchung durch die Untersuchungsanstalten eine Sachkunde voraussetzt, die nur durch eine besondere Unterweisung gewonnen werden kann, so werden an den K. Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel in München, Erlangen und Würzburg und an der Kreisuntersuchungsanstalt in Speyer Unterrichtskurse für gemeindliche Polizeibeamte zur Unterweisung in der Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen eingerichtet.

In den Kursen werden die einschlägigen wichtigeren reichs- und landesrechtlichen Vorschriften erläutert, die Anforderungen, die an die einzelnen Betriebe in bezug auf Räume, Einrichtung, Reinlichkeit, Aufbewahrung der Waren usw. zu stellen sind, dargelegt, die erforderlichen Kenntnisse in der Warenkunde vermittelt und die Entnahme, Verpackung und Versendung von Proben gelehrt werden.

Die Unterweisung in der Warenkunde soll hauptsächlich zu einer richtigen Auswahl der zur wissenschaftlichen Untersuchung einzusendenden Proben befähigen; sie wird sich auf die Gewinnung oder Herstellung, auf die Mittel zur Haltbarmachung, auf die mit den Sinnen wahrnehmbare Beschaffenheit, auf die Arten der Feilhaltung, auf die häufigsten Fälschungen und Verunreinigungen sowie auf die Ursachen und Kennzeichen des Verdorbenseins der gebräuchlichen Nahrungsmittel, Genußmittel und Gebrauchsgegenstände erstrecken; bei der Feilhaltung wird auch die Kennzeichnung, die sogenannte Deklaration der Waren besprochen werden. Abgesehen von der Unterweisung in dem Gebrauche der Thermometer und der Laktodensimeter bei der Vorprüfung der Milch wird eine Prüfung mit Hilfe physikalischer oder chemischer Hilfsmittel im allgemeinen nicht in den Unterricht einbezogen werden. Diese Prüfungen müssen grundsätzlich den wissenschaftlich vorgebildeten Beamten der Untersuchungsanstalten vorbehalten werden.

Der Unterricht wird an der Hand von Anschauungsgegenständen unter Berücksichtigung der Verhältnisse mittlerer und kleinerer Gemeinden von den wissenschaftlichen Beamten der Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel und hinsichtlich der tierischen Erzeugnisse von beamteten Tierärzten erteilt werden.

Es folgen dann noch mehrere Bestimmungen über die Zuteilung der Teilnehmer an den Untersuchungsanstalten in München, Erlangen, Würzburg und Speier, über Dauer der Kurse (6 Tage)[1], Anmeldung, Zulassung usw., die hier nicht interessieren. Eine Prüfung der Teilnehmer an den Kursen findet an deren Schlusse nicht statt.

Die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen. Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 24. Dezember 1912.

[1]) Die ersten Kurse werden in München, Erlangen, Würzburg vom 31. März bis 5. April, in Speier vom 3.—8. März d. J. abgehalten werden.

Bei der Entnahme, Verpackung und Versendung von Proben zur Untersuchung durch die öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel ist nach der Anweisung A, bei der Ueberwachung des Verkehrs mit Milch nach der Anweisung B zu verfahren.

Im übrigen sind die Vorschriften in den §§ 2 und 3 des Reichsgesetzes über den Verkehr mit Nahrungs-, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 14. Mai 1879 (RGBl. S. 145) und die einschlägigen ober- und ortspolizeilichen Vorschriften, dann bei der Ueberwachung des Verkehrs mit Butter, Käse, Schmalz und deren Ersatzmitteln die Vorschriften in § 8 des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1897 (RGBl. S. 475), bei der Ueberwachung dss Verkehrs mit Wein die Vorschriften in § 22 des Reichsweingesetzes vom 7. April 1909 (RGBl. S. 393) zu beachten.

Die Kosten der Entnahme, Verpackung und Versendung der Proben bei der ortspolizeilichen Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen sind nach Art. 95 Abs. 1 und 142 und Art. 76 der beiden Gemeindeordnungen von den Gemeinden zu tragen.

A. Anweisung

für die Entnahme, Verpackung und Versendung von Proben zur Untersuchung durch die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel.

Mit 3 Anlagen (I, II und III).

I. allgemeinen.

1. Die Proben sollen an die zuständige[1]) Untersuchungsanstalt in möglichst unverändertem Zustande gelangen. Es ist deshalb bei der Entnahme und Verpackung der Proben jede Verunreinigung zu vermeiden, für die Versendung an die Anstalt der kürzeste Weg zu wählen und in der Regel auch von einer vorhergehenden Vorlage der Proben an die zuständige Polizei- oder Gerichtsbehörde abzusehen. Proben, die leicht verderben (wie Milch, Bier), sind durch einen bezahlten Eilboten zuzustellen.

2. Die Proben sind genau zu bezeichnen, daß eine Verwechslung ausgeschlossen ist. Die Bezeichnung muß enthalten:
   a) den Namen und Dienstsitz des Beamten (Namen und Wohnort des Beauftragten), der die Probe entnommen hat, mit Angabe seiner Dienstbehörde (der beauftragenden Behörde),
   b) den Namen und Wohnort (Wohnung) des Geschäftsinhabers, bei dem die Probe entnommen worden ist, und wenn dieser die Ware von einem anderen bezogen hat, auch dessen Namen und Wohnort (Wohnung),
   c) die Art der Ware, von der eine Probe entnommen worden ist, mit Bemerkungen über eine etwa angegebene Zusammensetzung oder Herkunft der Ware (sogenannte Deklaration),
   d) den Ort und die Zeit der Probeentnahme,
   e) die Art der Verpackung der Probe.

3. Ueber die Probe ist nach dem Muster der Anlage I[2]) eine Niederschrift aufzunehmen; in diese sind alle Wahrnehmungen und Erfahrungen einzutragen, die auf die Beurteilung der Beschaffenheit der Ware von Einfluß sein

---

[1]) Für die Kreise Oberbayern, Niederbayern und Schwaben ist die K. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in München, für die Kreise Oberpfalz, Oberfranken und Mittelfranken die K. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Erlangen, für Unterfranken die K. Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Würzburg und für die Pfalz die Kreisuntersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel in Speier zuständig. Für die Städte Nürnberg, Regensburg und Ludwigshafen sind die gemeindlichen Untersuchangsanstalten zuständig.

Die Gebühren für die Untersuchung durch die K. Untersuchungsanstalten und durch die Kreisuntersuchungsanstalt bemessen sich, soweit nicht Vereinbarungen nach § 11 der K. Verordnung über die Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel vom 28. Januar 1884 vorliegen, nach der Ministerialbekanntmachung vom 25. Juli 1890 (GVBl. S. 517).

[2]) Von einem Abdruck der Anlage I und II zur Anweisung A ist hier Abstand genommen, da ihr Inhalt die Medizinalbeamten wenig interessiert.

können, so Wahrnehmungen über Merkmale, aus denen auf eine Verfälschung oder Nachahmung, auf ein Verdorbensein oder auf eine Gesundheitsschädlichkeit der Ware geschlossen werden kann, dann Wahrnehmungen über eine etwaige Deklaration der Ware in der Aufschrift, in Rechnungen usw., Angaben über den Preis, zu dem die Waren bezogen und abgegeben werden, Erfahrungen über etwaige Klagen der Abnehmer oder über etwa erfolgte Gesundheitsschädigungen.

Die Niederschrift ist mit den Proben und der Bezeichnung der Probe (Ziff. 2) an die Untersuchungsanstalt einzusenden; etwaige Deklarationen der Ware sind der Probe, wenn möglich, im Original beizulegen.

4. Gleichzeitig mit der Uebersendung an die Untersuchungsanstalt ist der zuständigen Polizei- oder Justizbehörde Bericht über die Probeentnahme und die Versendung zu erstatten.

II. Im einzelnen.

I. Proben von flüssigen Stoffen.

Die Proben sind in Glasflaschen, am besten in solche aus hellem Glas einzufüllen; Steinkrüge, ferner Rotweinflaschen sind zur Einfüllung nicht zu benützen. Die Flaschen sind vorher gründlich zu reinigen und dann vollständig zu trocknen. Nach Einfüllung der Proben sind die Flaschen zu verkorken und zu versiegeln. Zum Verschlusse dürfen nur neue, gründlich gereinigte Korke verwendet werden. Flaschen sind in Holzkistchen mit entsprechender Einlage vos Stroh oder Holzwolle oder in Drahtkörben, die mit Fächern für Flaschen versehen sind, zu versenden.

2. Proben von halbflüssigen und festen Stoffen.

Die Proben sind in vollständig reine, gut verschließbare Behälter wie Steingut-, Porzellan- oder Glastöpfe oder Büchsen mit gutschließenden Deckeln oder mit neuen, gründlich gereinigten Korken, Proben von festen Stoffen auch in festes, reines und nicht abfärbendes Papier oder in Beutel aus solchem Papier zu füllen. Die Behälter müssen nach der Einfüllung der Probe so verschlossen und versiegelt werden, daß ein Verlust (ein Auslaufen) oder ein Vermischen der Probe mit anderen Stoffen unmöglich ist.

3. Menge und Verpackung der Proben.

Ueber die Menge, die von den einzelnen Stoffen in der Regel für eine Untersuchung benötigt wird, sowie über die zweckmäßigste Art der einzelnen Untersuchungsstoffe gibt die Anlage II[1]) Aufschluß. Die nach Spalten 4 und 5 dieser Anlage sich ergebenden Bemerkungen sind in der Niederschrift über die Probeentnahme (Ziff. 13 und Anlage I[1]) aufzunehmen. Soweit die Stoffe in einer farbigen Sonderpackung feilgehalten werden, sollen sie in dieser Packung mit unversehrtem Aufdrucke versandt werden; wenn eine Packung die zur Untersuchung benötigte Mindestmenge nicht enthält, sind mehrere Packungen in der erforderlichen Zahl einzusenden. Sollte eine Untersuchungsanstalt zur Ausführung einer Untersuchung größere Mengen der Untersuchungsstoffe als in Anlage II angegeben bedürfen, so sind die benötigten Mengen auf Anfordern zur Verfügung zu stellen.

III. Besondere Vorschriften bei Entnahme von Wasser[2]).

1. Von dem Wasser sind mindestens 2 Liter (also mindestens 3 Flaschen zu je $^3/_4$ Liter), bei Antrag auf eingehende Untersuchung (zur Bestimmung von Mangan, Alkalien usw.) 6 bis 10 Liter einzusenden.

2. Zur Verpackung sind am besten neue, vollkommen reine Flaschen aus hellem Glase zu verwenden, die mit neuen Korken verschlossen sind (Steinkrüge, Rotweinflaschen dürfen nicht benützt werden). Vor der Einfüllung sind die Flaschen mit Sand und etwa $^1/_3$ Wasserfüllung mehrere Minuten lang zu schüt-

[1]) Siehe vorher Anm. auf S. 49.

[2]) Die Vorschriften gelten nur für die Entnahme von Wasserproben zur chemischen Untersuchung. Die Entnahme von Wasserproben zur Festsetzung der Keimzahl und zum Nachweise von Krankheitskeimen richtet sich nach II 6a und b der Anweisung vom 6. September 1910 für die Entnahme, Verpackung und Versendung von Stoffen zur Untersuchung durch die Bakteriologischen Untersuchungsanstalten, MABl, 1910, S. 603; diese Untersuchungen sind nur von den Bakteriologischen Untersuchungsanstalten auszuführen.

teln, dann so lange auszuwaschen, bis sie vollständig klar und rein sind. Hierauf sind sie mit dem zu prüfenden Wasser zwei- bis dreimal auszuspülen, sodann mehrmals vollständig zu füllen, zu entleeren und dann erst mit der zu versendenden Probe zu füllen. Die Korke sind in einem reinen, sonst nicht oder wenig benützten Gefäße längere Zeit auszukochen und mit dem zu untersuchenden Wasser sorgfältig zu reinigen. Die verschlossenen Flaschen sind zu siegeln und mit der Bezeichnung nach Ziff. I 2a und d zu versehen; in die Bezeichnung ist außerdem noch die Plannummer des Grundstückes, auf dem sich der Brunnen oder die Quelle befindet, bei Quellen überdies eine möglichst genaue Beschreibung ihrer Himmelsrichtung von dem Mittelpunkte der Plannummer aus, aufzunehmen. Die versiegelten Flaschen sind in verschlossenen Kisten oder Körben zu versenden, in denen die leeren Zwischenräume durch Stroh oder Holzwolle auszufüllen sind.

3. a. Wenn durch die chemische Untersuchung eine Verunreinigung des Wassers durch schädliche Stoffe festgestellt werden soll, so ist Wasser aus Pumpbrunnen nach wenigen, das Rohr ausspülenden Pumphüben, Wasser aus Wasserleitungen nach längerem Auslaufen zu entnehmen. Bei offenen Brunnen, aus denen das Wasser geschöpft wird, darf die Flasche nicht durch Eintauchen gefüllt werden. Das Wasser muß vielmehr in die Flasche mit einem sorgfältig gereinigten Schöpfer eingegossen werden; bei niedrigem Wasserstand ist hierbei darauf zu achten, daß der Schöpfer nicht den Boden berührt, damit nicht durch Aufwirbeln von Schlamm oder anderen Bodenteilen sonst nicht vorhandene Verunreinigungen in das Wasser gelangen.

b. Wenn durch die chemische Untersuchung die allgemeine Zusammensetzung des Wassers zur Feststellung seiner Eignung als Trinkwasser ermittelt werden soll, so ist das Wasser aus Pumpbrunnen (oder Versuchsbrunnen bei Vorerhebungen für Grundwassererschließung) erst dann zu entnehmen, wenn durch längeres Pumpen von etwa 10 Minuten Dauer das in der Saugleitung stehende und schon länger im Brunnen befindliche Wasser entfernt ist. Wasser aus gefaßten Quellen soll erst nach sorgfältiger Reinigung des Quellschachtes, Wasser aus ungefaßten Quellen erst dann entnommen werden, wenn die Quelle mindestens einen Tag vorher so gereinigt und hergerichtet worden ist, daß die Flaschen möglichst nahe am Ursprung und unter möglichster Vermeidung des Eindringens von Erde, Sand, Schlamm und Pflanzen gefüllt werden können. Wasserproben aus Tiefbrunnen, aus tiefen Quelltümpeln, die mit keiner Pumpe oder sonstigen Wasserhebevorrichtung versehen sind, sind nicht aus dem Oberflächenwasser, sondern aus dem Tiefenwasser zu entnehmen. Zu diesem Zwecke sind die Flaschen mit Korken leicht zu verschließen und die Korke mit entsprechend langen Drähten zu versehen. Die Flaschen sind alsdann, mit einem schweren, sorgfältig gereinigtem Gegenstande belastet, durch einen am Flaschenhalse befestigten Strick in die gewünschte Tiefe zu lassen; dann ist durch einen Zug am Drahte der Kork von der Flasche zu lösen und die Flasche möglichst rasch in die Höhe zu ziehen. Auch hier ist ein Aufwirbeln von Schlamm oder anderen Bodenteilchen möglichst zu vermeiden. Soll das Wasser zur Anlage einer Wasserversorgung dienen, so empfiehlt es sich, die Wasserproben zweimal — einmal nach längerer Trockenheit und einmal nach längerer Regenzeit — zu entnehmen und untersuchen zu lassen.

4. Für die Beurteilung des Wassers auf Grund chemischer Untersuchung sind die äußeren Verhältnisse in der Umgebung des Wasserursprungs von großer Bedeutung. Ueber diese Verhältnisse ist eine genaue Beschreibung nach der Anlage III aufzunehmen;[1]) diese Beschreibung ist an Stelle der Niederschrift nach I 3 einzusenden.

Wird das Wasserversorgungsbureau mit der Herstellung des Planes der Wasserversorgungsanlage betraut, so ist dem Wasserversorgungsbureau außer dem Ergebnis der chemischen Untersuchung stets auch eine Abschrift der aufgenommenen Beschreibung vorzulegen.

5. Es empfiehlt sich, namentlich zur Feststellung der Eignung des Wassers für die Trinkwasserversorgung, die Proben durch Beamte der Untersuchungsanstalten oder des Wasserversorgungsbureaus entnehmen zu lassen. Handelt es sich um eine besondere Gehaltsbestimmung des Wassers, so soll die Probe nur von solchen Beamten entnommen werden.

---

[1]) Siehe nachstehend S. 52.

Anlage III zur Anweisung B.

Beschreibung bei der Entnahme von Wasserproben für die chemische Untersuchung.

1. Name und Dienstsitz des Beamten (Name und Wohnort des Beauftragten), der die Probe entnommen hat, mit Angabe seiner Dienstbehörde (der beauftragenden Behörde).
2. Grund oder Zweck der Untersuchung: (Verdacht auf Verunreinigung, Feststellung der Eignung des Wassers als Trinkwasser für eine Wasserversorgung oder dgl.)
3. Zeit der Probeentnahme (Tag und Stunde).
4. Ursprung des Wassers:

Stammt das Wasser aus einem Brunnen, aus einer Quelle (aus einem Flusse oder einem See)?

Plannummer des Grundstücks, auf dem sich der Brunnen oder die Quelle (der Flußteil oder See) befindet; bei Quellen außerdem genaue Beschreibung der Lage mit Angabe der Himmelsrichtung vom Mittelpunkte der Plannummer aus.

a. Bei Wasser aus Brunnen:

Ist der Brunnen geschlagen, gegraben oder gebohrt?

Besteht er aus Schürflöchern, ist er ein Schachtbrunnen, ein Röhrenbrunnen oder eine Zisterne?

Wie ist die Vorrichtung zur Wasserhebung beschaffen? Ist der Brunnen ein Schöpf-, Zieh- oder Pumpbrunnen? Sind die Brunnenstücke aus Holz- oder Eisen? Wie tief ist die wasserführende Schicht von der Erdoberfläche aus gemessen? (Flach- oder Tiefbrunnen?)

Sind Drainagen zur Sammlung von Grundwasser angelegt, wie tief liegen sie unter der Oberfläche?

Wie ist der Brunnen abgedeckt?

Wann ist der Brunnen angelegt worden? Sind in der Zwischenzeit Ausbesserungen ausgeführt worden; wenn ja, welcher Art? Sind faulende Holzteile mit dem Wasser in Berührung?

Ist der Wasserstand im Brunnen beständig oder wechselt er mit der Jahreszeit, mit Regenfall oder mit dem Wasserspiegel eines benachbarten Wasserlaufes?

Ist die Oberflächenerdschicht gewachsen (natürlich) oder aufgeschüttet (künstlich)?

Befindet sich der Brunnen im Bereiche menschlicher Niederlassungen oder auf freiem Felde oder im Walde?

Befinden sich in der Nähe des Brunnens Abtrittsanlagen, Mist- oder Jauchegruben, Ställe oder Fabriken oder sonstige Gewerbebetriebe; wenn ja, in welcher Entfernung und was für Gewerbebetriebe?

Führen in der Nähe des Brunnens Abflußkanäle oder Abzugsgräben vorbei; wenn ja, wie ist deren Gefälle und was für Abwässer führen sie?

Wird der Brunnen regelmäßig oder nur ausnahmsweise benützt?

b. Bei Wasser aus Quellen:

Ist die Quelle gefaßt? In welcher Weise? In welcher Tiefe?

Sind Drainagen angelegt zur Sammlung der einzelnen Quellströme? In welcher Tiefe unter der Erdoberfläche, unter welcher Erdschicht (Lehm, Letten, Sand, Felsen)?

Wo ist die Quelle gelegen (in einem Walde, einer Wiese, einem Acker, in der Nähe eines Flusses, Baches, Ablaufs)?

Wie weit sind die nächsten menschlichen Niederlassungen entfernt, welcher Art sind diese (Wohnhäuser, Fabrikanlagen oder sonstige Gewerbebetriebe)?

Wie viel Liter Wasser liefert die Quelle in der Minute?

Wechselt die Schüttung mit der Jahreszeit, nach Regenfall oder nach dem Wasserstande eines benachbarten Wasserlaufs?

Ist die Quelle in einer Leitung zu verschiedenen Entnahmestellen (zu öffentlichen Brunnen, in Häuser) geführt? Ist diese Leitung offen oder geschlossen? Aus welchem Stoffe sind die Leitungsrohre gefertigt: aus Holz, Ton, Zement, Eisen, Blei usw.? Sind sie in gutem Zustande? Wie lang ist die Leitung? Führt sie durch menschliche Nielassungen?

Wann ist die Leitung angelegt worden? Wurden in der Zwischenzeit Ausbesserungen ausgeführt; wenn ja, welcher Art?

5. Beschaffenheit des Wassers.

Aussehen, Geschmack, Geruch und gewöhnliche Temperatur des Wassers?

Zeigen die Eigenschaften gelegentliche Veränderungen? Welcher Art sind diese, treten insbesondere zeitweise Trübungen des sonst klaren Wassers auf?

War das Wasser bei der Entnahme vollständig klar? Trübt es sich	beim Stehen in der Luft, scheidet sich ein rostbrauner Niederschlag ab?

. . . ., den . . . . 19 . .

Unterschrift des die Probe entnehmenden Beamten (Beauftragten).

B. Anweisung
zur polizeilichen Ueberwachung des Verkehrs mit Milch.

Mit 2 Anlagen (I und II).

Ein endgültiges Urteil über die Beschaffenheit der im Verkehr befindlichen Milch läßt sich auf dem Wege zur Verkaufsstelle und an dieser selbst in der Regel nicht gewinnen; insbesondere kann dort eine Verfälschung nicht festgestellt werden.

Die Ueberwachung der Milch während des Verkehrs kann nur in einer Vorprüfung bestehen, die der zuständige öffentliche Beamte vornimmt. Die Untersuchung und endgültige Beurteilung obliegt wissenschaftlich vorgebildeten Sachverständigen in den Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel. In besonderen Fällen ist hierfür noch eine Stallprobe auszuführen.

I. Vorprüfung durch öffentliche Beamte.

1. Die im Verkehr befindliche Milch ist in möglichst weitem Umfange zu prüfen; zu diesem Zwecke sind insbesondere Milchverkaufsstellen unvermutet, also ohne vorausgehende Mitteilung in unregelmäßigen Zwischenräumen und in wechselnder Reihenfolge zu besichtigen; veranlaßtenfalls sind von den feilgehaltenen oder auf dem Wege zur Verkaufsstelle befindlichen Milch Proben zu entnehmen. Die Besuche der Verkaufsstellen sind zu verschiedenen Tageszeiten, namentlich auch kurz vor Beginn der Hauptverkaufszeit, auch an Sonn- und Feiertagen während der üblichen Geschäftszeit und während die Geschäftsräume dem Verkehr geöffnet sind, auszuführen.

Die Beamten sollen nach Möglichkeit in Fühlung mit den Untersuchungsanstalten bleiben und ihren Anweisungen entsprechen.

2. Zunächst ist die Milch auf ihr Aussehen, auf ihre Färbung, ihren Geruch und Geschmack, auf das Vorhandensein von Schmutz, Fremdkörpern usw. zu prüfen. Sodann ist die Milch umzurühren und die Prüfung zu wiederholen.

Wenn die Milch unrein, schleimig, rötlich oder blaufleckig ist oder wenn sie sonst auffallend gefärbt erscheint, einen saueren oder sonst ungewöhnlichen, insbesondere einen ekelerregenden Geruch oder Geschmack besitzt, so ist eine Probe nach Ziff. 7 zu entnehmen und an die Untersuchungsanstalt einzusenden; gleichzeitig ist dafür zu sorgen, daß die Milch aus dem Verkehr für menschlichen Genuß gezogen wird.

Ferner sind die zur Aufbewahrung und zum Versand der Milch dienenden Gefäße auf ihren Zustand zu prüfen; hierbei ist namentlich darauf zu sehen, ob sich an der Innenseite der Gefäße Rost, Schmutz, abgesprengtes Email befinden, d. h. ob die Gefäße und ihre Beschaffenheit der ortspolizeilichen Vorschrift über den Verkehr mit Milch vom 15. Juni 1887 (G.-V.-Bl. S. 865) widersprechen.

3. Hat die Sinnenprobe nach Ziff. 2 keine Veranlassung zu einer Beanstandung ergeben, so ist die Temperatur sowie das spezifische Gewicht der Milch zu bestimmen.

Zu diesem Zwecke wird die Milch durch Umgießen in ein anderes Gefäß oder durch Umrühren mit einem geeigneten, reinen Rührlöffel oder dergleichen gründlich durchmischt. Sodann wird ein bei 15° C rot bezeichnetes Schwimmthermometer eingesenkt und nach 10—15 Sekunden die Temperatur abgelesen und aufgezeichnet.

Hierauf oder auch gleichzeitig wird das Laktodensimeter eingesenkt und, nachdem es zur Ruhe gekommen ist, derjenige Grad an der Skala abgelesen, der mit der schaumfreien Oberfläche der Milch zusammenfällt; hierbei soll sich das Auge des Beobachters seitlich möglichst nahe an der Höhe der Oberfläche befinden.

Aus der abgelesenen Zahl und der Temperatur wird nun mit Hilfe der dem Laktodensimeter beigegebenen Korrektionstabelle der für 15° C gültige Wert des Laktodensimetergrades festgestellt.

Aus dem Laktodensimetergrade ergibt sich das spezifische Gewicht der Milch durch Hinzurechnung des Wertes von 1000 und durch Teilung der erhaltenen Summe mit 1000. So geben 31,5 Laktodensimetergrade beispielsweise $\frac{1000 + 31,5}{1000}$ = 1,3015 spezifisches Gewicht.

Thermometer und Laktodensimeter sind nach jeder Benützung mit einem reinen Tuche abzutrocknen oder in ein mit reinem Wasser gefülltes Gefäß einzustellen und dann in gleicher Weise abzutrocknen.

Zur Bestimmung der Temperatur dürfen nur amtlich geprüfte Thermometer und als Laktodensimeter nur gläserne Instrumente benützt werden, die nach der Ministerialbekanntmachung vom 5. März 1888 (M.A.Bl. S. 96) amtlich geprüft und beglaubigt sind. Die Richtigkeit der Laktodensimeter ist von Zeit zu Zeit nachprüfen zu lassen. Andere Vorrichtungen als geprüfte Thermometer und Laktodensimeter dürfen zur Vorprüfung der Milch nicht verwendet werden.

4. Zeigt das Laktodensimeter bei 15° C in Vollmilch 30 Grad oder weniger oder 34 Grad oder mehr und in Magermilch weniger als 34 Grad, so ist eine Probe zu entnehmen. Wenn die Vollmich nach dem Aussehen und beim Ablaufen vom Laktodensimeter auffallend fettarm erscheint, so ist in jedem Falle eine Probe zu entnehmen.

5. Hat ein Teil einer Milchlieferung zur Entnahme einer Probe Veranlassung gegeben, so sind auch von allen übrigen Teilen der gleichen Lieferung Proben zu entnehmen.

Ist die zu beanstandende Milch eine Sammelmilch aus den Stallungen mehrerer Viehbesitzer, so soll die Milch aus jeder einzelnen Stallung gesondert und zwar möglichst unmittelbar nach der Abgabe aus der Stallung einer Vorprüfung nach Ziff. 2—4 unterstellt werden. Hierbei ist im Benehmen mit der Untersuchungsanstalt vorzugehen und nach ihren Weisungen zu verfahren.

6. Es empfiehlt sich, namentlich in größeren Städten, von Zeit zu Zeit ohne Vorprüfung Stichproben von Milch zur Untersuchung durch die Untersuchungsanstalt zu entnehmen. Eine solche Probeentnahme soll jedoch nur mit Zustimmung und nach näherer Weisung der Untersuchungsanstalt erfolgen.

7. Als Probe soll nicht weniger als 1/2 Liter Milch entnommen und in eine leere, vollkommen reine und trockene Flasche aus starkem, farblosem Glase eingefüllt werden. Die Flaschen sind stets vollständig zu füllen. Die gefüllten Flaschen sind sofort mit neuen, sorgfältig gereinigten Korken oder mit sogenannten Patentverschlüssen aus Porzellan mit Kautschukring fest zu verschließen, mit der entsprechenden Nummer oder Bezeichnung und dem Vermerke, ob die Milch abgekocht (erhitzt) worden ist, zu versehen und unverweilt auf kürzestem Wege an die Untersuchungsanstalt abzuliefern. Der mit der Probeentnahme betraute öffentliche Beamte hat dafür zu sorgen, daß die Probe, solange sie sich in seinen Händen befindet, vor jeder Veränderung, insbesondere vor Wärme und Sonnenlicht tunlichst geschützt wird.

Wenn eine Milchprobe nach auswärts an die Untersuchungsanstalt versandt wird, so sollen ihr in der Regel vor dem Verschluß zur Haltbarmachung auf 1/2 Liter je 1—2 Tropfen Formalin (40% wässerige Formaldehydlösung) zugesetzt werden. Das Formalin darf nur aus Apotheken in einem braunen Tropfgläschen von 5—10 g bezogen und muß mindestens alle Vierteljahre erneuert werden. Die Verwendung anderer Mittel zur Haltbarmachung ist unzulässig. Der Zusatz von Formalin ist in jedem Falle der Untersuchungsanstalt anzuzeigen (in der Niederschrift nach Anlage I, s. Spalte 12).

Proben, die nach auswärts gehen, sind ferner vor der Versendung bei sorgfältig verschlossener Flasche durch Einstellen in kaltes Wasser, wenn tunlich unter Zugabe von Eis, möglichst tief und rasch abzukühlen. Die Flaschen sind alsdann mit entsprechender Einlage von Holzwolle oder Stroh oder in Drahtkörben mit Fächern sorgfältig zu verpacken. Die Sendung ist hierauf zu versiegeln und der Post zur Eilbestellung (durch Eilboten — Bote bezahlt) zu übergeben.

8. Ergibt sich bei der Vorprüfung der Milch, z. B. auf Wässerung, bei auffallend niedrigem spezifischem Gewicht der Verdacht auf Verfälschung, so kann der prüfende Beamte im Benehmen mit der ihm vorgesetzten Behörde Stallproben entnehmen und einsenden oder die Vornahme der Stallproben durch die zuständigen Behörden veranlassen. Die Entnahme von Stallproben soll in

der Regel nur im Einverständnisse mit der Untersuchungsanstalt und nach ihrer Anleitung erfolgen.

9. Ueber jeden Fall einer Beanstandung oder Probeentnahme ist eine Niederschrift aufzunehmen; die Niederschrift ist in ein Verzeichnis nach dem Muster der Anlage I einzutragen.

In der Spalte Bemerkungen sind alle Verhältnisse zu erwähnen, die für das weitere Verfahren von Einfluß sein können und nicht schon in den vorgehenden Spalten angegeben sind, so: ein Zusatz von Formalin, der Verkaufspreis, der Empfänger der Milch.

Der Untersuchungsanstalt ist gleichzeitig mit der Probe eine von dem Beamten unterzeichnete Abschrift aus dem Verzeichnisse zu übermitteln. Die Beamten haben deshalb außer dem Verzeichnis einen entsprechenden Vorrat von Formblättern nach der Anlage I bei sich zu führen.

II. Untersuchung durch die Untersuchungsanstalten.

Die Untersuchung und endgültige Beurteilung der Milch obliegt den öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel, soweit erforderlich im Benehmen mit den Amtstierärzten (Verordnung vom 27. Januar 1884, §§ 2, 9, 13, G.V.B. S. 43).

Die Untersuchung in den Untersuchungsanstalten umfaßt folgende Arbeiten:

1. Beurteilung und Beschaffenheit der Milch nach Aussehen, Geruch und Geschmack, ferner Bestimmung der Reaktion sowie veranlaßtenfalls mikroskopische Untersuchung.
2. Bestimmung des spezifischen Gewichts.
3. Bestimmung des Fettgehalts.

Je nach Lage des Falles schließen sich an diese Arbeiten weitere wissenschaftliche Untersuchungen.

Erachtet die Untersuchungsanstalt die Vornahme einer Stallprobe für veranlaßt, so hat sie diese bei der zuständigen Polizeibehörde zu beantragen. Die Polizeibehörde hat dem Antrage der Untersuchungsanstalt sofort zu entsprechen und hierbei nach der Anleitung der Anstalt zu verfahren.

III. Stallprobe.

Die Stallprobe hat den Zweck, zur Vergleichung mit der beanstandeten Milch eine von den gleichen Tieren, zur gleichen Melkzeit und unter gleichen sonstigen Verhältnissen gewonnene, also möglichst unveränderte Milch zu erhalten.

Sie besteht darin, daß in der Stallung, aus der die beanstandete Milch stammt, alle Kühe, die zur Gewinnung dieser Milch dienten, unter polizeilicher Aufsicht gemolken werden und daß von der dabei gewonnenen Milch Proben entnommen werden.

Die Stallprobe soll sobald als möglich nach Beanstandung einer Milch vorgenommen werden. Hierbei ist nach folgender Anweisung zu verfahren:

Anweisung zur Vornahme von Stallproben.

Der Polizeibeamte, der die Stallprobe vornimmt, hat darauf zu achten, daß die unter seiner Aufsicht gewonnene Milch in keiner Weise irgenwie verändert wird, daß also eine Milch gewonnen wird, wie sie die in Betracht kommenden Kühe in Wirklichkeit liefern. Er hat daher zunächst alle zur Aufnahme der Milch bestimmten Gefäße (Melkgefäße, Sammelgefäße usw.) genau zu besichtigen und dafür zu sorgen, daß sie vollständig leer, rein und trocken sind. Etwa vorhandene Milchkühler hat er auf ihre Dichtigkeit zu prüfen. Er hat sich ferner davon zu überzeugen, daß die melkende Person kein Gefäß mit Wasser, z. B. in der Streu oder unter der Kleidung und dgl. verborgen hält, dessen Inhalt der Milch während des Melkens zugesetzt werden könnte. Das zum Reinigen der Euter etwa verwendete Wasser ist vor Beginn des Melkens zu entfernen. Während der ganzen Dauer des Melkgeschäfts hat der Beamte die melkende Person und die zur Aufnahme des Gemelkes bestimmten Gefäße fortgesetzt im Auge zu behalten und sich jedes unnötigen Sprechens sowie überhaupt jeder Störung zu enthalten. Wenn mehrere Personen gleichzeitig melken, so sind zur Ueberwachung, soweit erforderlich, weitere Polizeibeamte beizuziehen. Nach Beendigung des Melkens hat sich der Beamte die Milch sofort aushändigen zu lassen und sie selbst in die Flaschen einzufüllen.

Wiederholt hat es sich als zweckmäßig erwiesen, vor Beginn der Stallprobe aus den im Anwesen etwa bereits vorhandenen Milchvorräten nach gründlicher Mischung Proben zu entnehmen. Solche Proben sind bei der Uebersendung an die Untersuchungsanstalt zur Unterscheiduung von den nach dem vorhergehenden Absatz etnommenen Proben besonders zu bezeichnen.

1. Die Stallprobe ist zu der in dem Stalle üblichen Melkzeit und zwar jeweils zu derjenigen Melkzeit vorzunehmen, in der die beanstandete Milch gemolken wurde. Ist die beanstandete Milch ein Gemisch aus Milch, die zu verschiedenen Zeiten gemolken wurde, so sind während jeder dieser Melkzeiten Proben zu entnehmen.

2. Die Stallprobe wird durch folgende Erhebungen eingeleitet:

a) Zustand des Stalles (ob reinlich und dgl.) Wasserverhältnisse des Anwesens. (Woher wird das Wasser für den Hausbedarf und zum Tränken der Tiere entnommen? Ist laufendes Wasser oder ein Pumpbrunnen vorhanden? Befindet sich im Stall ein Brunnen? Bezeichnung einer etwa entnommenen Wasserprobe.)

b) Zahl der vorhandenen, milchenden Kühe, Schlag (Rasse). Nähr- und Gesundheitszustand, sonstige Haltung, Weidegang, Arbeitsleistung, Art der Fütterung der Kühe. (Wird etwa ein Futtermittel als schlecht oder nachteilig bezeichnet? Hat in letzter Zeit ein Futterwechsel stattgefunden?)

c) Zahl der Kühe, die vom Besitzer als diejenigen bezeichnet werden, von denen die beanstandete Milch stammt. Schlag (Rasse) usw. wie bei b, jedoch nur soweit, als die Angaben von dem Eintrage bei b abweichen.

d) Uebliche Melkzeiten (morgens . . Uhr, mittags . . Uhr, abends . . Uhr).

e) Von wem werden die Kühe gemolken?

f) Art der Aufbewahrung und Kühlung der Milch. (Ist ein Milchkühler vorhanden?)

g) Wem obliegt die weitere Behandlung der Milch bis zum Versande? Abkühlung, Aufbewahrung, Einfüllung in die Versandgefäße, Plombieren.)

h) Verwendung der Milch von Kühen die für die Stallprobe nicht in Betracht kommen. Menge dieser Milch.

3. Wenn möglich sollen die Kühe von den gleichen Personen gemolken werden, die auch die beanstandete Milch gemolken haben.

4. Jede Kuh ist vollständig auszumelken, der Polizeibeamte hat sich hiervon bei jeder Kuh zu überzeugen.

5. Die Probeentnahme hat sich nach der Sammelart zu richten, die am Lieferungstage der beanstandeten Milch eingehalten wurde. Folgende Sammelarten sind hauptsächlich üblich:

a) Die Milch sämtlicher Kühe wird in einem Sammelgefäß vereinigt. In diesem Falle ist nun eine Probe aus dem gründlich zu mischenden Inhalte des Sammelgefäßes zu entnehmen.

b) Die Milch von mehreren Kühen wird gruppenweise gesammelt. Hier ist von jeder Mischmilch nach gründlicher Durchmischung eine Probe zu entnehmen.

c) Die Milch wird, was in größeren Stallungen und bei Anwendung des Milchkühlers die Regel ist, unmittelbar in die Versandgefäße gefüllt. In diesem Falle ist von jedem einzelnen Versandgefäße eine Probe zu entnehmen.

Bei den unter b und c bezeichneten Sammelarten ist darauf zu achten, daß das Melken zur Probeentnahme in der sonst üblichen Reihenfolge der Kühe vorgenommen wird.

6. Werden einzelne Kühe als krank oder wird ihre Milch als die Ursache der mangelhaften Beschaffenheit der beanstandeten Milch bezeichnet, so ist bei jeder dieser Kühe die Melkprobe einzeln vorzunehmen und die Menge der von der einzelnen Kuh gewonnenen Milch genau anzugeben.

7. Unter Umständen kann es auch erforderlich sein, Proben von der Milch aus einzelnen Eutervierteln einer Kuh zu entnehmen.

8. Mit den entnommenen Stallprobsn sind sofort die mit entsprechender Bezeichnung oder Nummern versehenen Probeflaschen von ½ Liter Inhalt ganz zu füllen. Im übrigen ist nach B I Ziff. 7 (S. 59, 60) zu verfahren.

9. Dem Besitzer sind auf Verlangen Proben mit dem gleichen Inhalte wie die zur Untersuchung entnommenen versiegelt zurückzulassen.

10. Ueber die Vornahme der Stallprobe ist nach der Beendigung eine Niederschrift nach dem Muster der Anlage II aufzunehmen, eine wortgetreue Abschrift ist der Untersuchungsanstalt mit der Probe einzusenden.

Anlage I zur Anweisung B.

Verzeichnis und Niederschrift über Beanstandungen und Probeentnahmen bei der Ueberwachung des Milchverkehrs.

1	2	3			4	5	6	7	8	9	10			11	12
Nummer.	Name des öffentlichen Beamten und Bezeichnung seiner Dienstbehörde.	der Besichtigung			Name, Wohnort u. Wohnung a) des Milchverkäufers, b) des Zwischenhändlers, c) des Viehbesitzers	Beschreibung des Milchgefäßes (Bezeichnung, Größe des Gefäßes)	Menge der in dem Gefäße vorhandenen Milch in Litern	Früh-, Mittag- oder Abendmilch oder welche Mischung	Wieviel wurden hiervon bereits verkauft:	Bei Beanstandungen: Grund	Bei Probeentnahmen:			Nummer der Probeflasche	Bemerkungen: Unzweckmäßiges Melk- u. Aufbewahrungsverfahren. Ist die Milch gekocht (erhitzt) worden? Verkaufspreis. Empfänger der Milch. Formalinzusatz u. drgl.
		Tag	Monat	Stunde							Temperaturgrade in Celsius	Laktodensimetergrade			
												unmittelbar	bezogen auf 15 Grad		

Für den Gleichlaut der Abschrift
. . . ., den . . . 19 . .
Unterschrift des Beamten.

Anlage II zur Anweisung B.

Niederschrift über die Vornahme der Stallprobe.

am . . . .
bei . . . . (Vor- und Zuname, Stand und Wohnort, Wohnung).

durch . . . . (Vor- und Zuname, Stand der Polizeibehörde mit Angabe seiner Dienstbehörde. Sind mehrere Personen zur Ueberwachung des Melkgeschäfts beigezogen, so sind für diese die gleichen Angaben einzutragen).

I. Allgemeine Angaben.

a) Zustand des Stalles (ob reinlich u. dgl.). Wasserverhältnisse des Anwesens. (Woher wird das Wasser für den Hausbedarf und zum Tränken der Tiere entnommen? Ist laufendes Wasser oder ein Pumpbrunnen vorhanden? Befindet sich ein Brunnen im Stall? Bezeichnung einer etwa entnommenen Stallprobe.)

b) Zahl der vorhandenen, milchenden Kühe, Schlag (Rasse), Nähr- und Gesundheitszustand, sonstige Haltung, Weidegang, Arbeitsleistung, Art der Fütterung der Kühe. (Wird etwa ein Futtermittel als schlecht oder nachteilig bezeichnet? Hat in letzter Zeit ein Futterwechsel stattgefunden?)

c) Zahl der Kühe, die vom Besitzer als diejenigen bezeichnet werden, von denen die beanstandete Milch stammt, Schlag (Rasse) usw. wie bei b, jedoch nur insoweit, als die Angaben von dem Eintrage bei b abweichen.

d) Uebliche Melkzeiten (morgens . . . Uhr, mittags Uhr, abends Uhr).

e) Wer melkt die Kühe?

f) Art der Kühlung und Aufbewahrung der Milch. (Ist ein Milchkühler vorhanden?)

g) Wem obliegt die weitere Behandlung der Milch bis zum Versande. (Abkühlung, Aufbewahrung, Einfüllung in die Versandgefäße, Plombieren?)

h) Verwendung der Milch von Kühen, die für die Stallprobe nicht in Betracht kommen.

II. Besondere Angaben über die Stallprobe.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nummer der Probeflasche	Zahl und Schlag (Rasse) der Kühe, von denen die Probe entnommen wurde	Wann haben diese Kühe zuletzt gekalbt?	Welche von diesen Kühen sind trächtig, rindern oder nähren ein Kalb?	Welche von diesen Kühen bezeichnet der Besitzer als krank und weshalb? Wieviel Milch geben diese Kühe?	Die Kühe (Spalte 2) wurden gemolken von	Menge der gemolkenen Milch		
						früh Stunde	mittags Stunde	abends Stunde . . . . .
						Liter	Liter	Liter

III. Sonstige Bemerkungen,
insbesondere über Formalinzusatz zur Probe.

Art der Milchsammlung.
Art des Verkaufs (an wen?) Verkaufspreis.
Zusatz fremder Milch.
Verwendung der für den Haus- und Wirtschaftsbedarf entnommenen Milch (Ernährung von Kälbern mit Milch).

Für den Gleichlaut der Abschrift
. . . ., den . . . . 19 . .
Unterschrift des Beamten.

D. Königreich Sachsen.

Ablieferung der Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken und die Oeffnung von Leichen. Gesetz vom 5. Oktober 1912 (a) und Verordnung des Ministeriums des Innern vom 8. Oktober 1912 (b).

a.

§ 1. (1) Menschliche Leichen, deren Bestattung nicht von Angehörigen Erben, Vermächtnisnehmern oder anderen, dem Verstorbenen nahestehenden Personen auf eigene Kosten übernommen wird, sind unbeschadet der Vorschrift des § 486 Abs. 5 der Strafprozeßordnung zu wissenschaftlichen Zwecken abzuliefern.

(2) Die Ablieferung erfolgt 48 Stunden, die wissenschaftliche Verwendung frühestens 72 Stunden nach dem Tode oder der Auffindung der Leiche. Bis dahin kann die Bestattung übernommen werden.

(3) Für die Ablieferung hat, wenn der Tod in einer öffentlichen Anstalt erfolgt ist, die Anstaltsverwaltung, andernfals die Ortspolizeibehörde zu sorgen. Durch die Ausführungsverordnung können auch noch andere Ablieferungsstellen bestimmt werden.

§ 2. Die Ablieferung unterbleibt, wenn
a) der Beförderung der Leiche gesundheitliche Bedenken entgegenstehen,
b) die Leiche schon so verwest ist, daß sie zu anatomischen Lehrzwecken nicht mehr tauglich erscheint.
c) ihre Annahme zu solchen Zwecken abgelehnt wird,
d) die an sich zur Ablieferung verpflichtete Stelle ausnahmsweise aus einem besonderen Grunde davon absieht. Als ein besonderer Grund gilt nicht, daß die Bestattung aus privaten Mitteln gesichert ist.

§ 3. (1) Die Ablieferung erfolgt in der Regel an das anatomische Institut der Universität Leipzig. Für gewisse Fälle kann auch die Ablieferung an den militärärztlichen Operationskursus im Garnisonlazarett zu Dresden, an die Kunstakademie zu Dresden oder an eine andere wissenschaftliche Anstalt angeordnet werden.

(2) Die Kosten der Ablieferung trägt die Anstalt, welche die Leiche empfängt.

§ 4. Die für wissenschaftliche Zwecke nicht verwendeten Teile der Leiche werden von der Anstalt (§ 3 Abs. 2) und auf deren Kosten in angemessener Weise bestattet.

§ 5. (1) In den Hausordnungen solcher öffentlichen Anstalten, in denen vornehmlich Kranke verpflegt werden, sowie der dem Ministerium des Innern unterstellten Landesanstalten können Bestimmungen über die Leichenöffnung der in diesen Anstalten Versterbenden getroffen werden. Besteht nach §§ 1 und 2 eine Verpflichtung zur Ablieferung, so erfolgt diese erst nach der Leichenöffnung.

(2) Die Oeffnung hat unter möglichste Schonung der äußeren Beschaffenheit der Leiche zu erfolgen. Sie darf nur soweit ausgedehnt werden, als sie zur Beurteilung des gerade vorliegenden Krankheitsfalles und der Todesursache nötig ist.

§ 6. § 36 Abs. 2 der Armenordnung vom 22. Oktober 1840 (G.- und V.-Bl. S. 257) tritt insoweit außer Wirksamkeit, als eine Ablieferung von Leichen zu anatomischen Lehrzwecken erfolgt.

§ 7. (1) Der Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes wird durch die Ausführungsverordnung bestimmt.

(2) Mit der Ausführung des Gesetzes wird das Ministerium des Innern beauftragt.

b.

Zur Ausführung des Gesetzes, die Ablieferung von Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken usw. betreffend, vom 5. Oktober 1912 (G.- und V.-Bl. S. 465) wird im Einverständnis mit den übrigen beteiligten Ministerien verordnet, was folgt:

§ 1. Ortspolizeibehörde im Sinne dieses Gesetzes und der folgenden Bestimmungen ist in Städten mit der Revidierten Städteordnung der Stadtrat, in anderen Städten der Bürgermeister, in Landgemeinden der Gemeindevorstand und in selbständigen Gutsbezirken der Gutsvorsteher.

§ 2. (1) Von allen Todesfällen, die in Staats-, Bezirks- oder Gemeindeanstalten eintreten, haben die Anstaltsverwaltungen den nächsten ihnen bekannten Angehörigen des Verstorbenen sofort und auf schnellstem Wege (unter Umständen telegraphisch oder telephonisch) unter dem Hinweise zu benachrichtigen, daß die Ablieferung der Leiche bevorsteht, wenn ihnen von der Uebernahme der Bestattung nicht rechtzeitig Kenntnis gegeben wird.

(2) Die gleiche Benachrichtigungspflicht liegt den Ortspolizeibehörden ob, wenn außerhalb der in Abs. 1 erwähnten Anstalten Personen in Abwesenheit von Angehörigen auf Berufs-, Geschäfts- oder Erholungsreisen sterben.

(3) Die Benachrichtigung nach Abs. 1 und 2 darf in den Fällen des § 2a, b und d des Gesetzes sowie ausnahmsweise dann unterbleiben, wenn sich der betreffende Angehörige außerhalb des Deutschen Reiches aufhält und mit der Benachrichtigung große Weiterungen oder Kosten verbunden sein würden.

(4) Gehörte der Verstorbene bei seinem Ableben zu den aktiven deutschen Militärpersonen, so ist an Stelle eines Angehörigen die nächste Militärbehörd oder der nächste Truppenteil als übernahmeberechtigt zu benachrichtigen. Eines Hinweises auf die bevorstehende Ablieferung der Leiche bedarf es dabei nicht.

§ 3. (1) Die Uebernahme der Bestattung ist an keine Form gebunden. Sie kann mündlich, schriftlich, telegraphisch oder telephonisch erfolgen. Sie braucht auch nicht vor der Anstaltsverwaltung oder einer Behörde ausdrücklich erklärt zu werden. Es reicht dazu vielmehr jedes Verhalten aus, woraus der Wille entnommen werden kann, sich der Bestattung ohne Beanspruchung öffentlicher Mittel zu unterziehen. So genügt insbesondere die Anmeldung der Leiche zur Bestattung bei einer Beerdigungsgesellschaft oder der Leichenfrau und dergleichen.

(2) Die Uebernahme der Bestattung auf eigene Kosten ist aber nur dann beachtlich, wenn sie ernstlich gemeint ist. Hat die Ablieferungsstelle in dieser Hinsicht, namentlich auch über das Vorhandensein der zur Bestreitung der Bestattungskosten erforderlichen Mittel Anlaß zu Zweifeln, so ist sie befugt, einen entsprechenden Nachweis von dem Uebernehmer zu fordern. Bleibt dann dieser Nachweis aus, so gilt die Uebernahme als nicht geschehen.

(3) Eine Uebernahme der Bestattung auf eigene Kosten liegt nicht nur dann vor, wenn die Bestattungskosten unmittelbar aus dem Vermögen des Uebernehmers bestritten werden, sondern auch dann, wenn sie ihm von dritter privater Seite, z. B. als Darlehn, Schenkung, Sterbekassenbezüge zufließen. Entscheidend ist in dieser Beziehung allein, daß für die Bestattung keine öffentlichen Mittel in Anspruch genommen werden.

§ 4. (1) Vor der Ablieferung der Leiche hat die Ablieferungsstelle bei

der Empfangsstelle auf schnellstem Wege anzufragen, ob die Leiche dort angenommen wird.

(2) Nach § 2 unter a hat die Ablieferung stets dann zu unterbleiben, wenn der Verstorbene unmittelbar vor seinem Tod an einer solchen ansteckenden Krankheit gelitten hat, deren Eintritt nach reichsrechtlicher oder landespolzeilicher Vorschrift der Polizeibehörde anzuzeigen war.

(3) Wird nach § 2 unter d von der Ablieferung abgesehen, so ist der Grund, aus dem das geschieht, aktenkundig zu machen. Von der unter d gegebenen Befugnis haben die Ablieferungsstellen vorsichtigen Gebrauch zu machen. Ihre Anwendung ist im wesentlichen auf solche Fälle zu beschränken, wo es annehmbar auf Zufälligkeiten und nicht auf Interesselosigkeit der Angehörigen des Verstorbenen beruht, daß die Bestattung nicht fristmäßig übernommen wird. Ueber die Fälle, wo auf Grund von § 2 unter d von der Ablieferung abgesehen worden ist, ist vierteljährlich tabellarische Anzeige zu erstatten. Die Anzeige ist von den dem Ministerium des Innern unterstellten Landesanstalten sowie von dem Ministerium des Kultus und öffentlichen Unterrichts unterstehenden Anstalten an das vorgesetzte Ministerium, von denjenigen Anstaltsverwaltungen, die dem Justizministerium unterstehen, an die Staatsanwaltschaft beim Oberlandesgericht, im übrigen an die vorgesetzte Kreishauptmannschaft zu richten.

§ 5 (1) Die Kunstakademie zu Dresden hat während der Zeit vom 15. Januar bis Ende März jedes Jahres drei Leichen aus dem Stadtbezirke Dresden durch die Ortspolizeibehörde zu erhalten.

(2) Im übrigen erfolgt die Ablieferung an das anatomische Institut der Universität Leipzig.

(3) An das Garnisonlazarett zu Dresden sind bis auf weiteres keine Leichen mehr abzuliefern.

§ 6. Die Ablieferung der Leiche ist nach Ablauf der gesetzlichen Wartezeit, in den Fällen des § 157 der Strafprozeßordnung jedoch erst nach der Erteilung der schriftlichen Genehmigung zur Beerdigung (§ 7 Abs. 7 der Verordnung vom 21. September 1874, die Aufhebung von Toten und Scheintoten usw. betreffend, in der Fassung der Verordnung vom 8. Februar 1900 — G.- und V.-Bl. S. 19 —), möglichst zu beschleunigen. Die Leiche ist in einen festen, auch in den Fugen undurchlässigen Kasten zu legen, dessen Boden mit einer etwa 5 cm hohen Schicht von Sägemehl, Torfmull, Holzkohlenpulver oder ähnlichen Stoffe zu bedecken ist. Der Kasten ist mit der Bezeichnung „Ablieferung eines Leichnams" und der Adresse der Empfangsstelle zu versehen. Er ist der nächsten Eisenbahnstation zur Beförderung zu übergeben, sofern nicht die Empfangstelle in unmittelbarer Nachbarschaft liegt.

§ 7. Als Entschädigung für die Ablieferungskosten werden von der empfangenden Stelle gewährt:

für den Transportkasten 15 M.,

für die Beförderung der Leiche zur Eisenbahnstation 8 M., wenn von hier die Mitte des Absendungsortes höchstens 4 Kilometer entfernt ist, sonst für jedes weitere angefangene Kilometer 1 M. mehr,

für sonstigen Aufwand in Leipzig — sowie bei den nach § 5 an die Kunstakademie abzuliefernden Leichen auch in Dresden — 8 M., in anderen Städten 15 M. und in ländlichen Orten 25 M.

§ 8. (1) Ergeben sich nach der Ablieferung eines Leichnams zu wissenschaftlichen Zwecken, insbesondere bei der Verwendung der Leiche zu diesen Zwecken, Anhaltspunkte dafür, daß an dem Verstorbenen ein Verbrechen oder Vergehen verübt worden ist, so ist die Anstalt, welche die Leiche empfangen hat, zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft verpflichtet. Die Anzeige ist an die Staatsanwaltschaft zu richten, aus deren Bezirke die Leiche abgeliefert worden ist.

(2) Die wissenschaftliche Verwendung darf in diesem Falle nur auf Grund einer schriftlichen Genehmigung der Staatsanwaltschaft fortgesetzt werden.

§ 9. Das anatomische Institut ist verpflichtet, der Ablieferungsstelle auf rechtzeitigen Antrag über einzelne genau zu bezeichnende Punkte des Sektionsergebnisses schriftliche Anskunft zu erteilen.

§ 10. Das Gesetz tritt am 15. November 1912 in Kraft.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 5. **5. März.** 1913.

Rechtsprechung.

Voraussetzungen, unter denen eine amtliche Warnung vor einem öffentlich angepriesenen Heilmittel zulässig ist. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 22. Oktober 1912.[1])

Gegen die Zulässigkeit des Konflikts sind Bedenken nicht zu erheben, da der Beklagte zu der maßgebenden Zeit als Regierungs- und Medizinalrat bei der Königlichen Regierung in E. angestellt war und in dieser seiner amtlichen Eigenschaft die fragliche Verfügung entworfen hat, wie aus der Urschrift der Verfügung in den Akten der Königlichen Regierung hervorgeht.

Der Konflikt war aber auch für begründet zu erklären.

Nach § 47 in Verbindung mit § 34 der Regierungsinstruktion vom 23. Oktober 1817 ist der der Regierung zugeteilte Medizinalrat gleich den übrigen Departementsräten für die von ihm angegebenen Verfügungen in erster Linie verantwortlich. Er ist somit auch haftbar für jede Amtsüberschreitung oder Unterlassung, derer er sich hierbei schuldig macht.

Der Vorwurf einer Amtsüberschreitung scheidet in vorliegendem Falle ohne weiteres aus. Wie in dem in der Konfliktssache I. A. 111. 09 der klagenden Gesellschaft wider den Regierungspräsidenten zu E. ergangenen Urteil des Gerichtshofes vom 17. Juni 1910 angeführt ist, kann in dem Erlasse der Warnung vor dem Ankaufe von B.s Antidiabeticum an sich eine Ueberschreifung der Amtsbefugnisse des Regierungspräsidenten nicht gefunden werden. Hat sich aber der Regierungspräsident durch den fraglichen Erlaß einer Amtsüberschreitung nicht schuldig gemacht, so muß dies auch auf den Regierungs- und Medizinalrat zutreffen, der die betreffende Verfügung angegeben hat.

Die Klägerin stützt auch ihre Klage nicht auf eine Amtsüberschreitung, sondern darauf, daß der Beklagte es unterlassen habe, vor Angabe der Warnung sich in genügender Weise über die Wirkung des Heilmittels zu unterrichten. Dem Beklagten wird also der Vorwurf der Unterlassung einer ihm obliegenden Amtshandlung gemacht. Dieser Vorwurf würde berechtigt sein, wenn der Beklagte diejenige Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt anzuwenden unterlassen hätte, welche ihm als dem sachverständigen Berater des Regierungspräsidenten auf dem Gebiete der Gesundheits- und Medizinalpolizei oblag.

In dem vorliegenden Verfahren kommt es nicht darauf an, festzustellen, ob B.s Antidiabeticum an sich geeignet ist, eine spezifische Heilwirkung bei Zuckerkrankheit herbeizuführen, sondern lediglich darauf, ob der Beklagte auf Grund des ihm vorliegenden Materials ohne Verletzung seiner Amtspflichten zu einem abschließenden Urteil über die Wirkungslosigkeit dieses Mittels gelangen durfte.

Allerdings kann den Ausführungen des Konfliktsbeschlusses darin nicht beigetreten werden, daß bereits die Aufnahme des Antidiabeticum B.s in die Anlage A zu dem Bundesratsbeschluß vom 27. Juni 1907 den Beklagten von einer weiteren Prüfung entbunden hätte. Diese Auffassung wäre nur in dem Falle zutreffend, wenn in die Liste tatsächlich nur solche Heilmittel aufgenommen würden, von welchen auf Grund wissenschaftlicher Prüfung im Kaiserlichen Gesundheitsamte festgestellt wäre, daß sie ohne jede Heilwirkung

[1]) Die Entscheidung ist allerdings schon in der Beilage zu Nr. 23, S. 265, Jahrg. 1912 der Zeitschrift im Auszuge mitgeteilt; sie ist aber für die Medizinalbeamten von solcher Bedeutung, daß die Wiedergabe des Wortlautes angezeigt erscheint.

seien. Das ist aber nach den weiteren Ausführungen des Ministers in dem Konfliktsbeschlusse nicht der Fall. Vielmehr werden in diese Liste Mittel auch aus anderen Gründen aufgenommen, so, wenn der Preis im Verhältnis zu den Herstellungskosten ein ungebührlich hoher ist oder die Mittel von nicht zu ermittelnder oder wechselnder Zusammensetzung sind. Die Verneinung der Heilwirkung ist also nicht das unbedingte Erfordernis für die Aufnahme eines Geheimmittels in die Liste. Mithin würde die bloße Tatsache der Uebernahme in diese Liste den Beklagten noch nicht zu einem die Heilwirkung von B.s Antidiabeticum verneinenden Urteil berechtigt haben. Der Beklagte hat aber sein Urteil auch nicht auf diese Liste, sondern ausdrücklich auf das Untersuchungsergebnis des Nahrungsmitteluntersuchungsamts der Stadt E. gestützt. Das Gutachten des letzteren enthielt selbstverständlich nicht, wie die Klägerin anzunehmen scheint, einen Ausspruch über die Wirksamkeit des Heilmittels, sondern lediglich den Befund speziell der chemischen Untersuchung und eine Aufführung der zur Zusammensetzung des Mittels verwendeten Stoffe. Dazu war aber das Untersuchungsamt durchaus geeignet.

Anderseits muß die chemische Analyse eines Heilmittels in Verbindung mit der vorgeschriebenen Angabe über seine Zusammensetzung durch den Verfertiger selbst als eine ausreichende Grundlage angesehen werden, um ein Urteil darüber zu gewinnen, ob das Heilmittel nach dem Stande der wissenschaftlichen Forschung und Erfahrung die ihm zugeschriebene Heilwirkung inbezug auf eine bestimmte Krankheit wirklich besitzt oder nicht. Zur Abgabe eines derartigen Urteils sind die Regierungs- und Medizinalräte kraft ihres Amtes berufen. Sie sind hierfür besonders vorgebildet; ihre Bestellung erfolgt unter dem Gesichtspunkte, daß sie dem Regierungspräsidenten wegen ihrer durch die abgelegte Prüfung wie durch ihre praktische Bewährung dargelegten Qualifikation für alle Fragen der Gesundheitspolizei in gleicher Weise als Berater und Sachverständige dienen sollen, wie dies bei den übrigen technischen Beamten der Regierungen inbezug auf den ihnen überwiesenenen Geschäftsbereich der Fall ist. Die Befähigung des Beklagten, über die Heilkraft des von der klägerischen Gesellschaft vertriebenen Mittels und über dessen Wert ein sachverständiges Urteil abzugeben, ist unter diesen Umständen nicht in Zweifel zu ziehen, und es würde infolgedessen auch gegen den Beklagten aus dem von ihm abgegebenen Gutachten ein begründeter Vorwurf nur in dem Falle hergeleitet werden können, wenn er wichtige Punkte übersehen oder sich mit den durch die Wissenschaft gewonnenen Ergebnissen in bewußter oder fahrlässiger Weise in Widerspruch gesetzt hätte (vergl. auch die Entsch. des Ob.-Verwalt.-Gerichts vom 5. Nov. 1907, Preuß. Verw.-Blatt Jahrg. 29, S. 621). Nach beiden Richtungen hin liegt indessen nichts vor, was den Beklagten zu belasten geeignet sein könnte. Daß er wider besseres Wissen sich in einer der klägerischen Gesellschaft ungünstigen Weise dem Regierungspräsidenten gegenüber habe äußern wollen und in diesem Sinne die den Gegenstand des Streites bildende Bekanntmachung entworfen habe, ist von der Klägerin selbst nicht behauptet worden. Aber auch dasjenige, was von ihr angeführt worden ist, um dem Beklagten eine pflichtwidrige Unterlassung nachzuweisen, kann als ausreichend nicht erachtet werden. Der von ihr aufgestellten Forderung, daß ein Gutachten über die Wirkung eines Heilmittels von dem Beklagten erst auf Grund eigener Erprobung an Kranken hätte abgegeben werden dürfen, steht entgegen, daß es nicht Sache des Regierungs- und Medizinalrats sein kann, in Fällen wie der vorliegende selbst Untersuchungen anzustellen, sondern daß er sich darauf beschränken muß, die Ergebnisse der Wissenschaft zu verwerten. Ebensowenig ist der weitere von der Klägerin angeführte Umstand, daß eine Anzahl von Aerzten sich für das Heilmittel ausgesprochen hat, für die vorliegende Frage entscheidend. Ganz abgesehen davon, daß den günstigen Urteilen einzelner Aerzte, wie aus den von der Klägerin eingereichten Drucksachen hervorgeht, ein sehr entschiedener Widerspruch von anderer ärztlicher Seite gegenübersteht, kommt es für die Beurteilung der vorliegenden Frage nicht darauf an, wie andere Aerzte über das Mittel denken, sondern lediglich darauf, ob der Beklagte zu seinem Urteil nach wissenschaftlichen Grundsätzen berechtigt war und sich nach letzteren von der Richtigkeit seines Gutachtens überzeugt halten durfte. In dieser Hinsicht ist aber nicht der geringste Anhalt dafür gegeben, daß der Beklagte von anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen abgewichen wäre. Auch das Vorbringen der Klägerin enthält nichts, was geeignet wäre,

von diesem Gesichtspunkte aus die Berechtigung der von dem Beklagten bekundeten Auffassung im Zweifel zu stellen. Die Klägerin hat sich lediglich darauf beschränkt, die Aeußerung einzelner Aerzte und angeblich erzielte Heilerfolge geltend zu machen. Die nicht einmal unwidersprochen gebliebene abweichende Ansicht einzelner Aerzte genügt indessen nicht, um die Ansicht des Beklagten erschüttern, geschweige denn eine Fahrlässigkeit bei Abgabe des Gutachtens begründen zu können. Ebensowenig können hierfür die behaupteten mit dem Mittel erzielten Heilerfolge als ausschlaggebend erachtet werden. Auch diese sind dafür, ob der Beklagte den von ihm zum Ausdruck gebrachten Standpunkt einnehmen durfte, um so weniger von entscheidender Bedeutung, als bei dem Heilerfolge nicht allein das zur Anwendung gebrachte Mittel, sondern auch andere wesentliche Faktoren mit in Betracht kommen, welche die Möglichkeit eines Erfolges auch ohne Anwendung des Mittels und trotz seiner Anwendung herbeizuführen geeignet sein können.

Nach alledem kann dem Beklagten eine Verletzung der ihm obliegenden Amtspflichten durch Außerachtlassung der in der Sache gebotenen Vorsicht nicht aus dem Grunde zur Last gelegt werden, weil er in seiner Eigenschaft als sachverständiger Berater des Regierungspräsidenten die von diesem erlassene Warnung entworfen und demselben damit die Grundlage für sein Vorgehen geliefert hat. Unter Ablehnung des von dem Beklagten beantragten Beweises war dementsprechend der Konflikt für begründet zu erklären.

Verbot der Einleitung der Abwässer einer Zuckerfabrik in einen Privatfluß. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. Sen.) vom 8. Oktober 1912.

Maßgebend ist hier der § 3 Abs. 1 des Privatflußgesetzes vom 28. Februar 1843, welcher lautet:

„Das zum Betriebe von Färbereien, Gerbereien, Walken und ähnlichen Anlagen benutzte Wasser darf keinem Flusse zugeleitet werden, wenn dadurch der Bedarf der Umgegend an reinem Wasser beeinträchtigt oder eine erhebliche Belästigung des Publikums verursacht wird.“

Daß unter diese Vorschrift gewerbliche Anlagen jeder Art fallen, die das von ihnen benutzte Wasser einem Privatfluß zuleiten, steht nach der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts fest. Demnach fällt auch die Zuckerfabrik der Klägerin, wenn deren Abwässer in die H., einen Privatfluß, gelangen, unter diese Bestimmung. Mit dem Vorderrichter und abweichend von der Annahme des Kreisausschusses ist diese Vorschrift dahin auszulegen, daß nur die Einleitung der schädlichen Abwässer im Sinne des § 3 des Privatflußgesetzes vom 28. Februar 1843 in die Privatflüsse davon betroffen wird. Denn die Voraussetzung für das Verbot bildet die Beeinträchtigung des Bedarfs der Umgegend an reinem Wasser oder eine erhebliche Belästigung des Publikums, und diese Voraussetzung fehlt bei Einleitungen, die keine Wirkung nach dieser Richtung hin auf das Wasser des Privatflusses haben können. Werden also aus einer gewerblichen Anlage sowohl verunreinigte, wie reine Abwässer einem Privatfluß zugeführt, so kann auf Grund des § 3 a. a. O. nur gegen die Einleitung der verunreinigten Abwässer und zwar auch nur dann polizeilich eingeschritten werden, wenn durch sie der Bedarf der Umgegend an reinem Wasser beeinträchtigt oder eine erhebliche Belästigung des Publikums herbeigeführt wird. Die Annahme, daß in einem solchen Falle die Einleitung aller Abwässer einschließlich der nicht verunreinigten verboten sein sollte, wovon der Kreisausschuß ausgeht, würde des inneren Grundes entbehren und mit dem Zweck der Bestimmung, Schutz vor der Verunreinigung der Privatflüsse in dem dort bezeichneten Umfange zu gewähren, nicht vereinbar sein. Die angefochtene Verfügung verbietet jedoch ausdrücklich — abgesehen von den Fall- und Kondenswässern — die Einleitung aller Abwässer aus dem Betriebe der Zuckerfabrik, indem sie davon ausgeht, wie aus der Gegenerklärung des Beklagten zu ersehen, daß mit Ausnahme der genannten Fall- und Kondenswässer sämtliche Abwässer der Fabrik schädlich seien. Das Gleiche nimmt auch der Vorderrichter an, indem er feststellt, daß es außer den in der Verfügung genannten Fall- und Kondenswässern nicht verunreinigte Fabrikwässer in einer Zuckerfabrik überhaupt nicht gibt. Indessen läßt die Vorentscheidung nicht erkennen, worauf diese Feststellung beruht, die in solcher Allgemeinheit anfechtbar erscheint. Für den vorliegenden Fall läßt sich nicht ohne weiteres

übersehen, ob sich nicht unter den von dem Verbot betroffenen Fabrikabwässern auch solche unschädlicher Art befinden. Die Bezugnahme der Revision auf das zum Speisen der Dampfkessel benutzte Wasser ist, sofern der Betrieb tatsächlich dessen Ableitungsmöglichkeit erfordert, wie behauptet wird, nicht unzutreffend, da es sich dabei um Wasser aus dem Betriebe der Fabrik handelt, dessen Schädlichkeit im Sinne des § 3 des Privatflußgesetzes nicht erhellt. Was unter dem weiter in der Revision genannten Niederschlagswasser verstanden wird, ist nicht gesagt worden. Sollte damit nur das durch atmosphärische Niederschläge entstehende Wasser verstanden worden sein, so ist darauf hinzuweisen, daß dieses nicht zu den Abwässern aus dem Betriebe der Fabrik gehört, auf die sich das Verbot beschränkt. Es hätte sonach einer speziellen Begründung bedurft, daß tatsächlich im vorliegenden Falle sämtliche im Betriebe der Fabrik entstehenden Abwässer mit Ausnahme der Fall- und Kondenswässer verunreinigt und geeignet sind, eine der im Gesetze bezeichneten nachteiligen Wirkungen herbeizuführen. Da es an dieser Begründung fehlt, war die Vorentscheidung wegen wesentlichen Verfahrensmangels aufzuheben. Bei freier Beurteilung erweist sich die Sache nicht als spruchreich, da aus der Aussage des als Zeugen und Sachverständigen vernommenen Gewerberats V. nur zu entnehmen ist, daß das durch die jetzt zugemauerte Röhre vom Sammelbrunnen zum M.graben geführte und das aus den Teichen, in die die Diffusionswässer geleitet werden, durch einen durchlässigen Damm in den B.bach gelangende Wasser die H. verunreinigte und geeignet war, erhebliche Belästigungen des Publikums zu verursachen, nicht aber, daß abgesehen vom Fall- und Kondenswasser nur schädliche Fabrikwässer im Sinne des Privatflußgesetzes, und zwar nach den Ausführungen des Gutachters solche, durch die eine erhebliche Belästigung des Publikums verursacht wird, hier in Frage kommen. Zur Ergänzung der Beweisaufnahme nach dieser Richtung hin war daher die Sache in die Vorinstanz zurückzuweisen. Ergibt sich danach, daß die Verfügung zu weit geht, indem sie auch die Einleitung unschädlicher Abwässer verbietet, so wird sie aufzuheben sein, da ein Erkennen nach dem Eventualantrage (Blatt 8 der Streitakten) eine im Verwaltungsstreitverfahren unzulässige Modifikation einer polizeilichen Verfügung enthalten würde. Ergibt aber die Beweisaufnahme, daß zur Zeit des Erlasses der Verfügung sämtliche in die H. gelangenden Fabrikwässer mit Ausnahme derer, auf welche sich das Verbot nicht bezieht, schädlicher Art im Sinne des § 3 des Privatflußgesetzes waren, so ist die Klage abzuweisen, da in diesem Falle die Verfügung in § 3 des Privatflußgesetzes ihre Stütze findet. Ob auch der Bedarf der Umgegend an reinem Wasser beeinträchtigt wird, läßt sich nach der bisherigen Aktenlage nicht feststellen, da nicht erhellt, daß die Umgegend auf das Wasser der H. angewiesen ist, und insbesondere, daß nach seiner Beschaffenheit ohne die Einleitung aus der Zuckerfabrik mit Rücksicht auf die von der Klägerin behauptete Verschmutzung durch andere Anlagen ein Gebrauch des Wassers zu Trink- oder Wirtschaftszwecken überhaupt möglich war. Die bezüglichen Ausführungen des Kreisausschusses finden in der Aussage des Gewerberats nicht die genügende Stütze. Das polizeiliche Einschreiten gegen die Klägerin wird auch dadurch nicht ausgeschlossen, daß sie vielleicht nicht die alleinige Urheberin des polizeiwidrigen Zustandes ist, sondern zu diesem auch von anderer Seite in erheblichem Maße beigetragen wird, da die Polizeibehörde befugt ist, wenn mehrere Urheber eines polizeiwidrigen Zustandes vorhanden sind, gegen jeden von ihnen einzuschreiten. Wenn die Zuckerfabrik durch die Einleitung ihrer Abwässer in erheblichem Maße zu der Verschmutzung des Wasserlaufs beiträgt, so gehört sie zu den Urhebern, gleichviel ob schon vor der Einleitung ihrer Abwässer ein polizeiwidriger Zustand gemäß § 3 des Privatflußgesetzes vorhanden war oder erst durch diese Einleitung geschaffen wurde.

Rechtsungültigkeit einer die Hebammen zur Teilnahme an Fortbildungskursen verpflichtenden Polizeiverordnung. Urteil des Preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 3. Oktober 1912.

Die Polizeivorschrift[1]) steht mit dem Reichsrecht, insbesondere mit der

[1]) Durch Polizeiverordnung des Regs.-Präsidenten in M. war bestimmt, daß „jede Hebamme verpflichtet ist, der etwaigen Aufforderung der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an einem Fortbildungskurse Folge zu leisten“.

Gewerbeordnung, nicht im Widerspruch, wenn sie auch dort keine Stütze findet. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 R.G.O. findet dieses Gesetz auf die Ausübung der Heilkunde, zu der auch die Geburtshilfe gehört, nur insoweit Anwendung, als dasselbe ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält. Für Hebammen sind solche in § 30 Abs. 3 enthalten, wonach sie eines Prüfungszeugnisses der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde bedürfen, und in § 53 Abs. 2, wonach eine solche Bestallung unter bestimmten Umständen zurückgenommen werden kann. Diese Bestimmungen stehen hiernach einer weiteren landesrechtlichen Regelung nicht im Wege. — In Preußen hat seit dem hier nicht in Betracht kommenden Medizinal-Edikt vom 27. September 1725 eine gesetzliche Regelung des Hebammenwesens nicht stattgefunden Die Allgemeine Verfügung von 1883 mit ihren späteren Ergänzungen vom 16. Mai 1884 und 24. Februar 1900 ist lediglich eine Verwaltungsvorschrift, welche den in Gemäßheit der Anweisung ergehenden Polizeiverordnungen als Rechtsgrundlage nicht dienen kann.

Es bleibt daher lediglich zu prüfen, ob die erwähnte Vorschrift in den allgemeinen Bestimmungen über Polizeiverordnungen, nämlich den §§ 6 und 12 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 eine ausreichende Stütze findet. Es kommt hier § 6 f in Betracht, wonach zu den Gegenständen polizeilicher Vorschriften die Sorge für Leben und Gesundheit gehört. Es ist aber in der Rechtssprechung allgemein anerkannt, daß auf Grund der §§ 6 und 12 Polizeiverordnungen — abgesehen von den im Verkehrsinteresse (§ 6 b) ergehenden — nur innerhalb der Grenzen des § 10 II 17 A.L.R., also zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung oder zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr, erlassen werden dürfen. Da die Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung hier nicht in Frage kommt, kann es sich nur um Abwendung einer Gefahr handeln. Unter Gefahr ist hier wie sonst im Rechtssinne nicht jede Möglichkeit, sondern nur eine nahe auf Tatsachen beruhende Möglichkeit, eine gewisse Wahrscheinlichkeit einer Schädigung zu verstehen (vgl. die Urteile des O.V.G. vom 11. März 1903 und 12. Juni 1906, und des K.G. vom 15. Febr. 1906 und 2. Juni 1910). Die Frage, ob es sich um Abwendung einer derartigen Gefahr handelt, bedarf hier einer besonders vorsichtigen Prüfung. Denn die Anwendung der vorliegenden Bestimmung greift tief in den Interessenkreis der Beteiligten ein, wenn ihnen wochenlang die Möglichkeit des Erwerbes ohne Aussicht auf Entschädigung abgeschnitten wird; anderseits kann dadurch Leben und Gesundheit von Gebärenden gefährdet werden, indem ihnen durch die gleichzeitige Einziehung einer größeren Zahl von Hebammen die Erlangung sachverständiger Geburtshilfe erschwert und unter Umständen unmöglich gemacht wird. Würde die Bestimmung gültig sein, so müßte die Polizeibehörde auch für befugt erachtet werden, Aerzten und Apothekern den Besuch derartiger Fortbildungskurse unter Strafandrohung vorzuschreiben.

Nun erscheint es allerdings wünschenswert, daß Hebammen an derartigen Fortbildungskursen, wie sie zwar nicht in ganz Preußen, aber in verschiedenen Provinzen eingerichtet sind, teilnehmen, um ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zu befestigen und Neuerungen auf dem Gebiete der geburtshilflichen Praxis kennen zu lernen. Aber die Möglichkeit, daß gerade in der Praxis einer zu dem Kursus einberufenen Hebamme sich ein Fall ereignet, bei welchem sie im Fall der Nichtteilnahme durch Unkenntnis oder mangelnde Fertigkeit die Gebärende oder das Kind schädigt, während sie im Fall der Teilnahme vermöge der im Kursus erlangten oder aufgefrischten Kenntnisse oder Fertigkeiten eine solche Schädigung vermieden haben würde, ist keine derart nahe, daß hier von einer „Gefahr" im Rechtssinne gesprochen werden kann. Die Einrichtung derartiger Kurse ist vielmehr, wie überhaupt das Unterrichts- und Fortbildungswesen, der Regelung durch Polizeiverordnung nicht zugänglich. Der § 1 Abs. 2 ist daher als Polizeivorschrift unwirksam, und es braucht deshalb nicht geprüft zu werden, ob die in den Instanzurteilen angeführten Freisprechungsgründe durchgreifen. Den zuständigen Behörden muß es, wenn sie nicht durch Gewährung von Entschädigungen eine freiwillige Teilnahme der Hebammen an den Kursen herbeiführen wollen, und wenn sie die Kurse nicht unter Schonung der Berufstätigkeit der Beteiligten einrichten können, überlassen bleiben, ihren Willen durch die Drohung, eine Entziehung des Prüfungszeugnisses herbeizuführen, oder in anderer Weise durchzusetzen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Anschluß der in den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont wohnhaften Aerzte an die Aerztekammer der preußischen Provinz Hessen-Nassau. Staatsvertrag zwischen Preußen und Waldeck vom 24./25. Oktober 1912.

Artikel I. Die Königlich Preußische Staatsregierung gewährt denjenigen Aerzten, welche innerhalb der Fürstentümer Waldeck und Pyrmont ihren Wohnsitz haben, alle diejenigen Rechte, welche den im Königreiche Preußen wohnhaften Aerzten nach folgenden Rechtsvorschriften zustehen:

1. Königliche Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung, vom 25. Mai 1887 (Ges.-S. S. 169);
2. Königliche Verordnung wegen Abänderung vorstehender Verordnung vom 21. Juli 1892 (Ges.-S. S. 222);
3. desgleichen vom 20. Mai 1898 (Ges.-S. S. 115);
4. desgleichen vom 23. Januar 1899 (Ges.-S. S. 17);
5. desgleichen vom 11. September 1912 (Ges.-S. S. 215);
6. Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern, vom 25. November 1899 (Ges.-S. S. 565);
7. Gesetz zur Abänderung des vorstehend genannten Gesetzes vom 27. Juli 1904 (Ges.-S. S. 182 ff.);
8. alle etwa noch ergehenden Rechtsvorschriften, welche diese Verordnungen und Gesetze abändern oder ergänzen.

Artikel II. Für die Fürstentümer Waldeck und Pyrmont wird ein Gesetz erlassen werden, durch welches die innerhalb der Fürstentümer wohnhaften Aerzte allen Pflichten unterworfen werden, welche nach den im Artikel I bezeichneten preußischen Rechtsvorschriften den im Königreiche Preußen wohnhaften Aerzten obliegen.

Artikel III. Zur Durchführung dieser Maßnahmen wird das Gebiet der Fürstentümer Waldeck und Pyrmont dem preußischen Regierungsbezirke Cassel derart angeschlossen, daß die Aerztekammer der Provinz Hessen-Nassau und ihr ärztliches Ehrengericht sowie der Ehrengerichtshof zu Berlin für die innerhalb der Fürstentümer Waldeck und Pyrmont wohnhaften Aerzte in gleicher Weise zuständig sein sollen wie für die innerhalb der genannten Provinz wohnhaften Aerzte, sowie, daß die ersteren innerhalb des Wahlbezirkes des Regierungsbezirkes Cassel in derselben Weise wahlberechtigt und wählbar sein sollen wie die in diesem Regierungsbezirke wohnhaften Aerzte.

Das im Artikel II erwähnte Gesetz wird die entsprechenden landesgesetzlichen Vorschriften für die Fürstentümer Waldeck und Pyrmont enthalten. Insbesondere wird es den Behörden der Fürstentümer diejenigen Pflichten gegenüber der Aerztekammer auferlegen, welche den Behörden im Königreiche Preußen ihr gegenüber obliegen.

Artikel IV. Die Aerztekammer der preußischen Provinz Hessen-Nassau soll befugt sein, nach Maßgabe des § 2 der preußischen Verordnung vom 25. Mai 1887 Vorstellungen und Anträge an das Landesdirektorium in Arolsen zu richten.

Desgleichen soll sie verpflichtet sein, sich auf Erfordern des Landesdirektoriums über Fragen innerhalb ihres Geschäftskreises gutachtlich zu äußern, wozu ihr das Landesdirektorium im geeigneten Felle Gelegenheit geben wird.

Artikel V. An dem Tage, der auf das Inkrafttreten des im Artikel II und Artikel III Abs. 2 erwähnten Gesetzes folgt, treten die Abmachungen in den Artikeln I, III Abs. 1 und IV in Kraft. Sollte das vorbezeichnete Gesetz nicht spätestens bis zum 1. Juli 1913 erlassen sein, so gilt dieser Vertrag als aufgehoben.

Artikel VI. Der gegenwärtige Vertrag kann von jedem der beiden vertragschließenden Teile gekündigt werden und tritt alsdann mit dem Ablaufe des 31. Dezember des auf das Kündigungsjahr folgenden Jahres außer Kraft.

Artikel VII. Dieser Staatsvertrag soll zweimal ausgefertigt und die Auswechselung der Urkunden möglichst bald bewirkt werden.

Untersuchung der hygienischen Verhältnisse der höheren Lehranstalten durch den Kreisarzt. Erlaß der Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten und des Innern vom 3. Januar 1913 — M. d. g. Ang. U II Nr. 1843, M. d. I. M. Nr. 2901 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten und die Provinzialschulkollegien.

In Verfolg meines Erlasses vom 15. Juli 1912 — U II Nr. 47 U III — ordne ich im Einverständnis mit dem Herrn Minister des Innern zur Ergänzung des Erlasses vom 15. März 1905 — U II Nr. 254 M — an, daß eine Untersuchung der hygienischen Verhältnisse der höheren Lehranstalten durch den Kreisarzt in regelmäßigen Abschnitten von fünf Jahren zu erfolgen hat.

Der Auftrag hierzu ist alljährlich für die im Laufe des Jahres zu revidierenden Anstalten dem Kreisarzt von dem Königlichen Provinzialschulkollegium durch Vermittelung des Regierungspräsidenten zu erteilen. Die Verbindung der Untersuchung durch den Kreisarzt mit der jährlichen Baurevision ist nicht erforderlich.

Im übrigen bleiben die Vorschriften in Ziffer 1 und 2 des Erlasses vom 15. März 1905 nach wie vor in Kraft.

Anzeige von Impfbeschädigungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 13. Januar 1913 — M. Nr. 12465 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Aus Anlaß eines Einzelfalles, indem ein Kreisarzt es versäumt hat, alsbald nach Empfang der Mitteilung über eine angebliche Impfschädigung den Sachverhalt aufzuklären, ersuche ich Euere Hochwohlgeboren ergebenst, die beteiligten Behörden und Beamten gefälligst erneut im Sinne der Runderlasse vom 22. Mai 1895 — M. d. g. A. M. 3941 U. I., M. d. I. II. 6480 — und 20. Dezember 1911 — M 12788 — mit Anweisung zu versehen und insbesondere den Kreisärzten die sorgfältige Beachtung der Vorschrift des § 88 der Dienstanweisung vom 1. September 1909 zur Pflicht zu machen.

Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. Februar 1913 — M. 12324 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Durch Erlaß vom 22. März 1912 — M. 10346 — Min.-Bl. für Medizinalangelegenheiten, S. 128 — ist bestimmt worden, daß bei Tuberkulose die Desinfektion von Kleidungsstücken, die nicht gewaschen werden können, Federbetten, wollenen Decken, Matratzen ohne Holzrahmen, Bettvorlegern, Gardinen, Teppichen, Tischdecken und dergleichen, auch von Strohsäcken, soweit sie nicht verbrannt werden, nicht mehr mit Formaldehyd, sondern ausschließlich in Dampfapparaten zu erfolgen habe.

Es sind Zweifel hervorgetreten, ob nunmehr bei der Wohnungsdesinfektion wegen Tuberkulose von der Anwendung des Formaldehyds gänzlich abzusehen und an seine Stelle allein eine gründliche mechanische Desinfektion mit desinfizierenden Flüssigkeiten zu setzen sei (Nr. 20, 22 und 23 der Desinfektionsanweisung, die als Anlage 5 den allgemeinen Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1906 zu dem Gesetze vom 28. August 1905 beigegeben ist), oder ob die jetzt vielfach übliche Kombination der mechanischen Desinfektion mit der Formaldehydverdampfung (Nr. 21 der vorbezeichneten Desinfektionsanweisung) in Anwendung zu bringen sei.

Um diesen Zweifeln zu begegnen, bestimme ich, daß bei der Raumdesinfektion in den Wohnungen Tuberkulöser die Ortspolizeibehörde unter Berücksichtigung des Einzelfalles und gegebenenfalls unter Zuziehung des beamteten Arztes darüber zu entscheiden hat, ob neben der stets anzuwendenden mechanischen Desinfektion auch die Formaldehydverdampfung auszuführen sei.

Euere pp. ersuche ich ergebenst, das hiernach Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

B. Königreich Bayern.

Untersuchung der Schrankdrogerien. Erlaß des Staatsministeriums des Innern vom 19. Januar 1913.

Schon durch die Ministerialentschließung vom 21. Juni 1898 wurde auf die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gefahren hingewiesen, die der Verkauf von Arzneimitteln durch die Besitzer von sogenannten Schrankdrogerien mit sich bringen kann. Erhebungen, die das Staatsministerium des Innern in jüngster Zeit gepflogen hat, haben ergeben, daß sich die Schrankdrogerien in den letzten Jahren erheblich vermehrt haben. Die Zunahme ist nicht auf ein wirkliches Bedürfnis, sondern darauf zurückzuführen, daß einzelne chemische Fabriken zur Vergrößerung ihres Absatzes durch Reisende die Inhaber kleinerer Krämereien oder ähnlicher Geschäftsbetriebe zur Uebernahme von Drogenschränken bestimmen. Solchen Personen fehlt aber in der Regel jede Kenntnis der Arzneiwaren, ihrer Wirkung und ihres Zustandes. Es besteht daher die Möglichkeit, daß durch Abgabe verdorbener Mittel Gesundheitsschädigungen eintreten. Außerdem werden die Arzneimittel vielfach gegen Krankheiten angepriesen, auf die sie keine Heilwirkung ausüben. Der Bezug der Mittel bedeutet somit häufig eine unnütze Ausgabe. Aber auch die Besitzer der Drogenschränke erleiden nicht selten eine Schädigung, da der in Aussicht gestellte Umsatz in der Regel ausbleibt und ein Teil der Mittel bei langer Lagerung verdirbt. Viele Besitzer mußten aus diesen Gründen bereits auf die Weiterführung der Drogenschränke verzichten.

Die K. Bezirksämter, die K. Bezirksärzte und die Ortspolizeibehörden haben daher, wenn sie von der Absicht der Errichtung einer Schrankdrogerie Kenntnis erhalten, den Unternehmer auf die Nachteile solcher Betriebe hinzuweisen. In gleicher Weise haben die K. Bezirksämter und die K. Bezirksärzte bei den Gemeindebesichtigungen und bei den Musterungen der Drogengeschäfte zu verfahren. Ferner haben die Distriktspolizeibehörden bis auf weiteres alljährlich eine öffentliche Warnung vor der Errichtung von Schrankdrogerien in den Amtsblättern zu erlassen; der Uebergang der Warnung in die örtliche Presse wird deren Wirkung erhöhen. Endlich ist bei den Musterungen der Schrankdrogerien sorgfältig zu prüfen, ob die Vorschriften der K. Verordnung vom 15. März 1901 (G.V.Bl. S. 157) eingehalten werden, vor allem ob die vorhandenen Arzneimittel unverdorben und nicht verunreinigt sind (§ 7 der V.). Wenn die Musterung zu Beanstandungen Anlaß gibt, ist auf sofortige Beseitigung der Mißstände zu dringen und die Durchführung der angeordneten Maßnahmen zu überwachen. Wenn den Anordnungen keine Folge geleistet wird, ist Strafeinschreitung gemäß Art. 72a des Polizeistrafgesetzbuchs herbeizuführen.

Außerdem ist nach der zwingenden Vorschrift des § 35 Abs. 4 der Gewerbeordnung der Drogenhandel zu untersagen, wenn die Handhabung des Gewerbebetriebs Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet. Der Verwaltungsgerichtshof hat zu dieser Vorschrift in einer Entscheidung vom 18. Dezember 1802 119II/12 folgendes ausgeführt:

Die Untersagung hat nicht etwa erst nach eingetretener Gesundheitsschädigung oder nach Bestrafung der Drogenhändler, sondern schon wegen Gefährdung der Gesundheit und des Lebens von Menschen zu erfolgen, wenn die Gefährdung durch Tatsachen erwiesen ist. Bei der Würdigung der Frage, ob ein solcher Nachweis vorliegt, sind auch persönliche, auf die „Handhabung des Betriebes" sich beziehende Eigenschaften der Gewerbetreibenden, wie geistiger und körperlicher Zustand, Ordnungsinn, Gewissenhaftigkeit und dergl. mit in Betracht zu ziehen.

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Falle wurde die Tatsache der Gefährdung aus dem verdorbenen Zustand bestimmter Waren, aus der Art der Aufbewahrung, aus dem Mangel der erforderlichen Gewissenhaftigkeit und aus dem Mangel der Fähigkeit gefolgert, zu unterscheiden, welche Waren die Gesundheit und das Leben von Menschen gefährden können.

Redakteur: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 6. 20. März. 1913.

Rechtsprechung.

Der Hallesche Krankenkassen- und Aerztestreit vor dem Reichsgericht. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 17. Januar 1913.

Am 30. April 1910 hatten sämtliche Kassenärzte in Halle a. S. den Kassen gekündigt, in der Hauptsache, weil die Kassen sich weigerten, die freie Aerztewahl einzuführen. Es war den Kassen nicht möglich, sofort genügenden Ersatz an Aerzten zu beschaffen, jedenfalls fand der Magistrat die Zahl der den Kassen zur Verfügung stehenden Aerzte für unzureichend und drohte dem Verbande an, in Gemäßheit von § 45, 5 des Krankenkassengesetzes, die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst zu übernehmen, wenn nicht bis zum 25. November 1910 seitens der Kassen Gewähr für ordnungsgemäße ärztliche Behandlung geboten sei. Diese Zwangsverwaltung der Kassen wurde dann auch schließlich seitens des Magistrates angeordnet, der sodann im Dezember 1910 und im März 1911 mit dem ortsansässigen Aerzteverband auf Kosten der Kassen selbst Verträge abschloß, um dem Streite ein Ende zu machen und einer Gefahr für die Kassenmitglieder zu begegnen. Der Krankenkassenverband focht diese Maßnahme des Magistrates zunächst sofort im Verwaltungsstreitverfahren an; außerdem beantragte er im Wege der Zivilklage, die von dem Magistrate für die Kassen geschlossenen Verträge aus den verschiedensten Gründen für ungültig zu erklären. Es wurde geltend gemacht, die Voraussetzungen, unter denen der Magistrat als Aufsichtsbehörde befugt gewesen sei, die Funktionen der Kassenorgane selbst zu übernehmen, hätten gar nicht vorgelegen, so daß der Magistrat auch nicht berechtigt gewesen sei, mit den Aerzten die Kassen bindende Verträge abzuschließen. Vor allem aber behauptete der Krankenkassenverband, die mit den Aerzten geschlossenen Verträge verstießen deshalb wider die guten Sitten, weil sie den Aerzten auf Kosten der Kassen eine ganz bevorzugte Stellung einräumten, die mit den ärztlichen Gegenleistungen in keinem Verhältnisse stände und die Kassen volle 10 Jahre schwer belasteten; die Verträge seien, weil sie die Notlage der Kassen ausbeuteten, auch wucherisch. Bezeichnend sei z. B. die in § 15 dieser Verträge enthaltene Bestimmung, daß die Kassen gegen vertragsbrüchige Aerzte keine Ansprüche auf Schadensersatz oder Konventionalstrafen geltend zu machen befugt sein sollten. Das Landgericht in Halle und das Oberlandesgericht in Naumburg wiesen die Klage ab. Das Berufungsgericht verneinte zunächst mit dem Landgerichte die Frage, ob das Prozeßgericht befugt sei, nachzuprüfen, ob der beklagte Verband rechtsfähig sei und ob die Voraussetzungen des § 45, 5 des Krankenkassengesetzes vorgelegen hätten, unter denen der Magistrat berechtigt gewesen sei, die Kassenverwaltung selbst zu übernehmen. Beide Fragen brauchten vom Prozeßgerichte überhaupt nicht erörtert zu werden. Der beklagte Verband sei nun einmal eingetragen und diese Tatsache wirke konstitutiv. Solange die vom Magistrat angeordnete Zwangsverwaltung des Magistrates nicht in der gesetzlichen Form angefochten und aufgehoben sei, bleibe sie bestehen; die Tätigkeit der Kassen selbst sei bis dahin ausgeschaltet. Selbst wenn aber diese Zwangsverwaltung einmal aufgehoben würde, würden die während der Zwischenzeit geschlossenen Verträge deshalb noch keineswegs ungültig; denn es handle sich hierbei um öffentlich-rechtliche Verhältnisse. Weiterhin verneinte das Berufungsgericht, daß die Verträge wucherisch seien, da von einem auffälligen Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung ebensowenig gesprochen werden könne, wie von einem Verstoße gegen die guten Sitten. Abgesehen von einer nur unwesentlichen Abweichung wurde dieses Urteil vom Reichsgerichte mit folgender Begündung bestätigt: Wie schon die Vorinstanzen mit Recht ausgeführt haben, ist die Frage der Rechtsfähig-

keit des beklagten Aerzteverbandes nicht nachzuprüfen. Der Verein ist eingetragen und die Eintragung wirkt konstitutiv. Ebenso ist das ordentliche Gericht der Frage überhoben gewesen, ob der Magistrat als Aufsichtsbehörde mit Recht die Funktionen der Kassenorgane selbst übernommen gehabt hat. Dies zu entscheiden, ist allein Sache der höheren Verwaltungsbehörde. Die hiergegen von der Revision vorgebrachten Gründe sind daher unbeachtlich. Ebensowenig braucht nicht nachgeprüft zu werden, ob der Magistrat seine Kompetenz dabei überschritten hat. Zu entscheiden ist deshalb allein, ob die Verträge, die der klagende Verband beanstandet, auch dann angefochten werden können, wenn er sie selbst abgeschlossen habe, etwa nach § 134 oder § 138, 1 BGB. oder aus sonstigen Gründen. Dies trifft aber lediglich bezüglich der Bestimmung in § 11 Abs. 2 des zweiten Vertrags zu. Dort hat sich der Kassenverband verpflichten müssen, sein Statut zu ändern; das sei ihm aber rechtlich völlig unmöglich; denn es handle sich dabei um öffentlich-rechtliche Bestimmungen. Diese Bestimmung ist daher, weil ihre Durchführung rechtlich unmöglich ist, ungültig. Dies ist aber die einzige Bestimmung in den Verträgen, die beanstandet werden kann. Vor allem ist nicht anzufechten die Bestimmung, wonach die Krankenkassen gegen Aerzte, die von ihrem Anstellungsvertrage zurücktreten wollten, keine Ansprüche auf Konventionalstrafen geltend machen können. Der klagende Verband behauptet, daß die Aerzte dadurch zum Vertragsbruche verleitet würden. In diesem Sinne ist aber diese Bestimmung gar nicht zu verstehen; sie will nach Ansicht des Senates nur besagen, den festangestellten Aerzten solle es freistehen, sich von ihren Verbindlichkeiten freizumachen. Eine solche Vertragsbestimmung hätte aber auch von den Kassen selbst mit den Aerzten getroffen werden können, ohne ungesetzlich zu sein. (Sächsische Korrespondenz.)

Der ärztliche Ehrengerichtshof ist bei einem erheblichen Mangel in dem Verfahren erster Instanz berechtigt, die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung in die Vorinstanz zurückzuverweisen. Urteil des preuß. ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 11. November 1912.

Die Beschwerde gegen Entschließungen des Ehrenrates steht nur denjenigen Personen gesetzlich zu, die bei dem Verfahren selbst als Ankläger, als Beschuldigte oder als Zeuge beteiligt sind. Urteil des ärztlichen Ehrengerichtshofes für das Königreich Sachsen vom 5. Oktober 1912.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. Januar 1913 — M 163 — an die Herren Oberpräsidenten.

Nach § 6 des Gesetzes, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte pp., vom 25. November 1899 (Gesetzsamml. S. 565) ist für das ehrengerichtliche Verfahren das Ehrengericht derjenigen Aerztekammer zuständig, in deren Bezirke der Arzt, gegen den das ehrengerichtliche Strafverfahren gerichtet ist, zur Zeit der Erhebung der Klage seinen Wohnsitz oder in dessen Ermangelung seinen Aufenthalt hatte.

Als „Erhebung der Klage“ im Sinne dieser Vorschrift ist nach der Entscheidung des ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 17. Juni 1912 — Ae. E. G. Nr. 3 — Min. Bl. f. Med.-Ang. S. 318 — die erste förmliche Mitteilung des Ehrengerichts an den Angeschuldigten anzusehen, daß und weshalb gegen ihn ein ehrengerichtliches Verfahren eingeleitet ist. Da diese Mitteilung mithin von wesentlicher rechtlicher Bedeutung für das ganze Verfahren ist, muß sie in allen Fällen und zwar unter Beachtung des § 48 des Ehrengerichtsgesetzes erfolgen.

Es ist selbstverständlich nichts dagegen zu erinnern und wird sich in manchen Fällen sogar empfehlen, daß der Vorsitzende des Ehrengerichts eine bei ihm eingegangene Anschuldigung gegen einen Arzt diesem zunächst formlos mit dem Ersuchen um Aeußerung übersendet. Soll aber alsdann ein ehren-

gerichtliches Verfahren eingeleitet werden, so muß hierüber dem Angeschuldigten eine besondere förmliche Mitteilung zugestellt werden.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, das ärztliche Ehrengericht der dortigen Provinz (bei Potsdam: „für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin", bei Koblenz: „für die Rheinprovinz und die Hohenzollernschen Lande") gefälligst anzuweisen, mit Rücksicht auf die Bedeutung, die der „Erhebung der Klage" für die Frage der Zuständigkeit der ärztlichen Ehrengerichte zukommt, diese Gesichtspunkte künftig genau zu beachten.

Fortfall der Berichte über kreisärztliche Ortsbesichtigungen aus Anlaß militärischer Uebungen. Erlaß des Ministers des Innern — M. 12313/12 — vom 21. Februar 1913.

Zur Verminderung des Schreibwerks bestimme ich, daß die durch Erlaß vom 4. September 1903 — M. 13009 — und 14. März 1904 — M. 10456 — Ministerialblatt für Medizinal- pp. Angelegenheiten Seite 334/143 — geforderten Berichte über kreisärztliche Ortsbesichtigungen aus Anlaß militärischer Uebungen in Zukunft fortfallen und durch entsprechende Mitteilungen im Jahresgesundheitsbericht ersetzt werden.

Verlegung und Namensänderung der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. Februar 1913.

Die bisher in dem Hause Kochstraße 73 in Berlin untergebrachte Königliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung wird vom 1. April 1913 ab nach Berlin-Dahlem, Ehrenbergstraße 38—42 (Post: Berlin-Lichterfelde) verlegt. Von dem gleichen Zeitpunkte ab führt sie die Bezeichnung „Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene".

Ausrüstungsgegenstände für Hebammen (§ 194 des Hebammenlehrbuches). Erlasse des Ministers des Innern vom 7. Januar 1913 — M 8098 —.

1. Für die im § 194 Ziffer 9 des Hebammenlehrbuches vorgeschriebene Flasche für 3/4 Liter Alkohol kann jede beliebige Form und jeder brauchbare Verschluß gewählt werden. Empfehlenswert ist es aber, eine Form zu wählen, die es ermöglicht, die Flasche leicht in der Hebammentasche unterzubringen.

2. Auf die Anfrage vom 16. Dezember 1912 erwidere ich Ihnen, daß für die Blechbüchsen zu den Jodoformwattekugeln ein Deckelverschluß an dem einen und ein gefalzter — nicht gelöteter — Boden an dem anderen Ende genügt.

Das Desinfektionswesen im Jahre 1911. Erlaß des Ministers des Innern — M. 10243 — vom 20. Februar 1913.

Aus den Berichten, die auf den Erlaß vom 3. November 1911 — M. 11670 II — eingegangen sind, geht hervor, daß das Desinfektionswesen auch im Jahre 1911 eine weitere Ausgestaltung erfahren hat.

Wie die beiliegende Nachweisung [1]) zeigt, sind in den Desinfektorenschulen 44 meist 9tägige Kurse zur Ausbildung von Desinfektoren abgehalten worden; von den 428 Teilnehmern dieser Lehrgänge bestanden 421, darunter 88 Krankenpflegepersonen, die Schlußprüfung, so daß ihnen das Prüfungszeugnis als staatlich geprüfter Desinfektor erteilt werden konnte.

Ferner wurden in 16 abgekürzten Lehrgängen 502 Krankenpflegepersonen vorwiegend in der laufenden Desinfektion am Krankenbette ausgebildet.

Außerdem fanden 23 Wiederholungskurse für Desinfektoren von meist 3tägiger Dauer statt.

Endlich wurde am städtischen Hygienischen Institut in Frankfurt a. M. 1 eintägiger Kursus abgehalten, in dem 26 Teilnehmer in der Schnakenbekämpfung unterwiesen wurden.

Die Dauer und der Plan der Lehrgänge weisen gegen das Vorjahr wesentliche Aenderungen nicht auf. Das Hauptgewicht wurde im allgemeinen auf die praktische Ausbildung gelegt und den Schülern nach Möglichkeit

---

[1]) Von einem Abdruck der Nachweisung ist Abstand genommen.

Gelegenheit zur Teilnahme an Wohnungsdesinfektionen gegeben. Auch die Entnahme und Einsendung von bakteriologischen Untersuchungsmaterial wurde praktisch geübt. In den Kursen für Krankenpflegepersonen wurde die Wohnungsdesinfektion nur nebenher, in der Hauptsache dagegen die Desinfektion am Krankenbett und die Entnahme von Untersuchungsmaterial von Kranken gelehrt und geübt. Verschiedentlich wurden, soweit die Zeit reichte, einzelne Abschnitte aus dem Gebiete der Hygiene behandelt, besonders die Fürsorge für Lungenkranke und die Säuglingspflege.

An mehreren Desinfektionsschulen wurden Kurse für Mitglieder der Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz abgehalten. In Frankfurt a. M. fand am Schlusse des sechstägigen Kursus, in dem sowohl die Desinfektion am Krankenbett, wie auch die Schlußdesinfektion gelehrt wurde, eine Prüfung in Gegenwart eines Vertreters des Roten Kreuzes statt. Die Teilnehmer erhielten keine Bescheinigung und kein Zeugnis, es wurde aber dem Roten Kreuz eine Liste der Teilnehmer und der Ergebnisse mitgeteilt.

Der Bildungsgrad und die Befähigung der Schüler gab nur in vereinzelten Fällen zu Klagen Anlaß. In Potsdam traten 5 Schüler im Verlaufe des Unterrichts auf Anraten des Leiters zurück, da es sich herausgestellt hatte, daß sie dem Unterricht nicht mit dem nötigen Verständnis folgen konnten. In Frankfurt a. M. wurde wieder an 2 Nachmittagen des Desinfektorenkursus durch einen Lehrer Rechenunterricht erteilt.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, die Ausbildung von Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in der Desinfektion auch fernerhin nach Kräften zu fördern.

Stempelfreiheit der amtsärztlichen Zeugnisse für Kraftwagenführer. Erlaß des Finanzministers vom 2. Februar 1913 — F. M. III 1278 — an sämtliche Oberzolldirektionen.

In dem im Einverständnis mit dem Herrn Minister der öffentlichen Arbeiten und dem Herrn Minister des Innern ergangenen Runderlaß vom 12. November 1910 — III 20928 — (Zentralblatt der Abgaben-Gesetzgebung usw. für 1910 S. 502) ist angenommen worden, daß die von beamteten Aerzten auszustellenden Zeugnisse, die nach der Anlage B I Nr. 3 (Anweisung über die Prüfung der Führer von Kraftfahrzeugen) der Bundesratsverordnung vom 3. Februar 1910 dem Antrage auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeuges beizufügen sind, keine stempelfreien Vorzeugnisse im Sinne der Befreiungsvorschrift des Absatzes 3a der Tarifstelle 77 des Stempelsteuergesetzes vom 30. Juni 1909 darstellen und deshalb den Zeugnisstempel von 3 M. erfordern (zu vergl. auch der Runderlaß vom 24. Juni 1911 III 10311).

Diese Auffassung hat nicht die Billigung des Reichsgerichts gefunden. Durch Urteil des VII. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 15. November 1912 — VII 302 1912 — ist entschieden worden, daß die Befreiungsvorschrift der Tarifstelle 77 auf die amtsärztlichen Zeugnisse Anwendung finde und diese deshalb nicht stempelpflichtig seien.[1])

---

[1]) In dem betreffenden Urteile heißt es: „Eine maßgebliche und endgültige Entscheidung über die körperliche Geeignetheit des Antragstellers und über die Erteilung des Führerscheins kann seitens der höheren Verwaltungsbehörde nicht schon auf Grund des Ergebnisses der Prüfung, sondern nur auf Grund des ärztlichen Zeugnisses getroffen werden. . . . Das Vorhandensein des ärztlichen Zeugnisses ist eine unerläßliche Vorbedingung für die Erteilung des Führerscheins. — Die Finanzverwaltung hat bei der Anwendung sowohl des früheren, als auch des jetzigen Stempelsteuergesetzes (31. Juli 1895 bezw. 30. Juni 1909) bis in die neueste Zeit keine Bedenken getragen, in Fällen, die dem Streitfall gleichlagen, stets die Stempelbefreiung gemäs Tarifstelle 77 zuzugestehen, also gerade dann, wenn Zeugnisse, insbesondere Gesundheitszeugnisse, zum Zwecke der Zulassung zur Prüfung und der Ausstellung des Prüfungszeugnisses der Behörde eingereicht werden. Eine grundsätzliche Abweichung von diesem ständigen Verwaltungsgebrauch enthalten auch die Min.-Erlasse vom 11. Juli 1902 und 26. Juli 1905 nicht, wonach die kreisärztlichen Zeugnisse zur Aufnahme in eine Hebammenlehranstalt oder Desinfektorenschule stempelpflichtig sind; denn hier besteht zwischen der Ausstellung des Gesundheitszeugnisses und des später auszustellenden Prüfungszeugnisses kein

Ich bestimme deshalb unter Zustimmung der vorgenannten Herren Minister, daß diesem Urteil grundsätzliche Folge zu geben und zu amtsärztlichen Zeugnissen des bezeichneten Inhalts der Zeugnisstempel nicht mehr zu erheben ist. Die früher verwendeten Zeugnisstempel sind auf Antrag gemäß § 25 Abs. 1 zu a des Stempelsteuergesetzes und der Nr. 28 Abs. 2 fg. der Ausführungsbestimmungen vom 16. Auguss 1910 zu diesem Gesetz (amtl. Ausgabe S. 118 fg.) zu erstatten.

Den Herren Regierungspräsidenten und dem Herrn Polizeipräsidenten hierselbst ist Abschrift dieser Verfügung mitgeteilt worden.

Das reichsgerichtliche Urteil vom 15. November 1912 wird nebst diesem Erlaß im Zentralblatt abgedruckt werden.

Herstellung von Haustrunk durch Winzergenossenschaften. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. Februar 1913 — M. 7814 — an die Herren Regierungspräsidenten in Posen, Liegnitz, Frankfurt a. O., Merseburg, Erfurt, Cassel, Wiesbaden, Koblenz, Cöln, Trier, Aachen.

Bei Beurteilung der Frage der Herstellung von Haustrunk durch Winzergenossenschaften und bei Auslegung des § 11 des Weingesetzes vom 7. April 1909 kommen nach den über die tatsächlichen Verhältnisse angestellten Ermittelungen und den gepflogenen Verhandlungen folgende Gesichtspunkte in Betracht:

Daß die Genossenschaft befugt ist, Haustrunk herzustellen und an die im Betriebe beschäftigten Personen ohne besonderen Entgelt zum eigenen Verbrauch abzugeben, begegnet keinem Zweifel.

Als unbedenklich ist weiter anzusehen, daß Genossenschaftsmitglieder einzeln oder gemeinsam auf eigene Rechnung ihren Haustrunk in den Räumen und mit den Gerätschaften der Genossenschaft bereiten oder durch die Angestellten der Genossenschaft bereiten lassen.

Wird das Erntegut von der Genossenschaft übernommen und verarbeitet, so darf ohne weiteres für zulässig gelten, daß dem Genossen als Teil der Vergütung für die von ihm gelieferten Trauben eine vereinbarte Menge des aus den Rückständen dieser Trauben gewonnenen Haustruukes zum Verbrauch im eigenenen Haushalt geliefert wird. Aber auch bei gemeinsamer Verarbeitung des Leseguts darf die Genossenschaft übernehmen, den beteiligten Genossen einen der Menge der von ihnen gelieferten Trauben entsprechenden Anteil an dem aus den gesamten Trestern hergestellten Haustrunk gegen Ersatz der Auslagen zu liefern. In beiden Fällen kann man annehmen, daß die Genossenschaft bei der Herstellung des Haustrunkes als Vertreter und im Auftrag des Genossen handelt.

Unbedingt unzulässig ist es dagegen, daß die Genossenschaft den auf ihre Rechnung hergestellten Haustrunk an ihre Mitglieder verkauft.

Wer im einzelnen Falle als „Hersteller“ nach § 11 Abs. 3 des Weingesetzes verpflichtet ist, die Herstellnng des Haustrunkes der zuständigen Behörde anzuzeigen, läßt sich nur nach Lage der Verhältnisse entscheiden.

Ich ersuche ergebenst, vorkommendenfalls nach diesen Gesichtspunkten zu verfahren und gefälligst dafür Sorge zu tragen, daß Mißbräuchen bei der Herstellung von Haustrunk durch die Genossenschaften vorgebeugt wird. Insbesondere ersuche ich ergebenst, auf Grund des § 25 Abs. 3 des Weingesetzes den Genossenschaften die Anzeige der Bereitung von Haustrunk in ihren Räumen auch dann zur Pflicht zu machen, wenn die Anzeigepflicht durch § 11 Abs. 3 nicht begründet sein sollte, indem ich Ew. pp. zu dieser Anordnung ausdrücklich ermächtige.

Sogenannte Gewürzgetränke. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Februar 1913 — M. 7394 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

---

unmittelbarer Zusammenhang; zwischen beiden schiebt sich vielmehr der längere Zeit erfordernde Lehrkursus ein, dessen Ergebnisse für den Lehrling derartig unsicher sind, daß es sich beim Antritt des Kursus noch gar nicht übersehen läßt, ob es für ihn jemals zu einer Prüfung und zur Ausstellung eines Prüfungszeugnisses kommen wird.“

Die namentlich in Teilen Ostdeutschlands verbreiteten sogenannten Gewürzgetränke sind nicht einheitlicher Art; daher lassen sich auch nicht einheitliche Grundsätze für ihre Beurteilung aufstellen. Sofern die Getränke nach ihrer Beschaffenheit (Aussehen, Geruch, Geschmack) Wein vortäuschen können, sind sie als verbotene Nachmachung von Wein zu betrachten. Daran ändert auch nichts eine etwaige Bezeichnung der Getränke als Liköre oder mit Phantasienamen, die das Wort Wein vermeiden. Unterscheiden sie sich jedoch durch ihre Eigenschaften, z B. durch einen ausgesprochenen Gewürzgeschmack, deutlich von Wein, so sind sie nicht als Nachmachungen von Wein anzusehen.

Ich ersuche ergebenst, die nachgeordneten Stellen, insbesondere auch die Nahrungsmittel-Untersuchungsämter und die Weinkontrolleure mit Nachricht zu versehen.

Ueberwachung des Betriebes von Mineralwasserfabriken. Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 30. Januar 1913 — M. f. H. III. 150, M. d. Inn. M. 5191 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

In unserm Erlaß vom vom 26. August v. J. (HMBl. S. 475) ist in den Erläuterungen zu § 3 der Mineralwasserverordnung auch auf „Boa-Lie“ als ein künstliches kohlensaures Getränk mit Phantasienamen hingewiesen, zu dessen Herstellung möglicherweise Fruchtessenzen oder Fruchtäther verwendet würden. Die Hersteller dieses Getränkes haben inzwischen glaubwürdig nachgewiesen, daß es ohne Zusatz von Kohlensäure durch Vergährung verdünnter Fruchtsäfte mit Hefearten aus Pflanzenblüten ohne Zusatz von Fruchtäther oder Fruchtessenzen hergestellt wird. Solche Getränke unterliegen gemäß § 1 der Mineralwasserverordnung nicht deren Vorschriften. Die beispielsweise Anführung von Boa-Lie in den erwähnten Erläuterungen ist daher zu streichen.

Beschaffenheit des Hydrastis-Fluidextrakts sowie der galenischen Arzneimittel überhaupt. Erlaß des Ministers des Innern — M 5319 — vom 26. Februar 1913 an die Herren Regierungspräsidenten.

Wie bei Gelegenheit einer Verhandlung des Reichs-Gesundheitsrats mitgeteilt worden ist, sind von interessierter Seite in verschiedenen Apotheken des Reichs Ankäufe von Extractum Hydrastis fluidum vorgenommen worden. Angestellte Untersuchungen haben ergeben, daß ein großer Teil der entnommenen Proben nicht die vorschriftsmäßige Beschaffenheit besaß, indem der Hydrastingehalt nicht den Anforderungen des Deutschen Arzneibuchs entsprach.

Ew. pp ersuche ich ergebenst, gefälligst die mit der Besichtigung der Apotheken des dortigen Bezirks betrauten Kommissare anzuweisen, der Beschaffenheit dieses sehr wichtigen Arzneimittels sowie der galenischen Arzneimittel überhaupt besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und die Apotheker zu peinlichster Sorgfalt bei Herstellung der galenischen Arzneizubereitungen anzuhalten. Die von den Apothekern etwa im Handel bezogenen derartigen Präparate dürfen erst nach Prüfung und Feststellung der ordnungsmäßigen Beschaffenheit an das Publikum abgegeben werden.

B. Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz.

Anzeigepflicht bei Paratyphus. Großherzogliche Verordnung vom 28. November 1912.

Zu den nach § 20 der Medizinalordnung anzeigepflichtigen epidemischen Krankheiten, die in Ziffer I Abs. 2 der Verordnung vom 27. April 1906, betreffend die Anzeige epidemischer Krankheiten genannt sind, gehört auch der Paratyphus.

C. Herzogtum Sachsen-Meiningen.

Aenderungen der Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte. Ausschreiben des Staatsministeriums, Abteilung des Innern, vom 14. Dezember 1912.

Das Ausschreiben vom 14. März 1907, betreffend Gebühren der Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte wird, wie folgt, abgeändert:

II. Taxe für approbierte Aerzte.

14. Erste Raterteilung in der Wohnung des Arztes mit oder ohne schriftliche Verordnung . . . . 1 bis 10 M.

Jede folgende Beratung (bei derselben Krankheit) . . . 1 bis 3 M.

15. Erster Besuch des Arztes in der Wohnung des Kranken (im Orte und nicht mehr als 2 km von der Wohnung des Arztes entfernt) 2 bis 10 M.

Jeder folgende Besuch (bei derselben Krankheit) . . . . 1 bis 5 M.

17. Gemeinsame Beratung mit anderen Aerzten (einschließlich Besuchsgebühr) jedem derselben . . . . 5 bis 20 M.

Fortgesetzte solche Beratungen . . . . 5 bis 10 M.

21. Für ein wissenschaftlich begründetes Gutachten oder einen ausführlichen Krankenbericht . . . . 8 bis 30 M.

23. Für die Besichtigung einer Leiche einschließlich eines kurzen Zeugnisses, daß sie beerdigt werden kann, auf Verlangen der Angehörigen außer der Gebühr für den Besuch . . . . 2 bis 6 M.

24. Für eine Leichenöffnung infolge Privatauftrages nebst kurzer Bescheinigung . . . . 10 bis 30 M.

25. bis 27. werden gestrichen.

III. Taxe für zahnärztliche Verrichtungen.

234. Untersuchung des Mundes (einschließlich Beratung) in der Wohnung des Zahnarztes . . . . 1 bis 3 M.

235. Untersuchung des Mundes (einschließlich Beratung) in der Wohnung des Kranken . . . . 1,50 bis 4 M.

V. Schlußbestimmung.

Gegenwärtige Aenderungen treten am 1. Januar 1913 in Kraft.

D. Freie Hansestadt Bremen.

Aufsicht über die Pflegekinder und über die in der mütterlichen Familie erzogenen und verpflegten unehelichen Kinder. Verordnung des Senats vom 19. Januar 1913

§ 1. Wer in der Stadt Bremen oder im Landgebiet ein Kind unter 14 Jahren in Kost und Pflege nehmen will, bedarf dazu einer Erlaubnis, die vom Jugendamte schriftlich erteilt wird.

Die Erlaubnis ist auch erforderlich, wenn ein noch nicht schulpflichtiges Kind unter Beschränkung auf die Tagesstunden, aber über die Mittagszeit hinaus, in Kost und Pflege genommen werden soll.

§ 3. Die zur Einholung der Erlaubnis Verpflichteten (§ 1) haben den vollen Namen des Kindes, Ort und Tag und Jahr seiner Geburt, Namen und Wohnort seiner Eltern (bei unehelichen Kindern Namen und Wohnort der Mutter) und, wenn das Kind unter Vormundschaft steht, Namen und Wohnort des Vormundes dem Jugendamte anzugeben. Auf Verlangen sind dabei die zum Nachweis der Richtigkeit dieser Angaben erforderlichen Papiere vorzulegen.

§ 3. Die Erlaubnis ist zu versagen, wenn die Pflegeeltern den in sittlicher oder wirtschaftlicher Beziehung, oder in Hinsicht auf ihre häuslichen Verhältnisse an sie zu stellenden Anforderungen nicht genügen.

Die Erlaubnis kann versagt werden, wenn die Pflegeeltern wegen Uebertretung dieser Verordnung bestraft sind.

§ 4. Die Erlaubnis ist vor Aufnahme des Pflegekindes und erneut sofort nach jedem Wohnungswechsel der Pflegeeltern einzuholen. Sie wird für jedes Kind gesondert ausgestellt und ist jederzeit widerruflich. Personen, die mit Pflegekindern von Ortschaften außerhalb der Stadt Bremen oder des Landgebietes zuziehen, haben zwei Wochen nach ihrem Zuzuge die Erlaubnis nachzusuchen.

§ 5. Die Pflegekinder werden vom Jugendamte dauernd beaufsichtigt. Bei Kindern, die unentgeltlich verpflegt werden, kann hiervon Abstand genommen werden. Das gleiche gilt bei Kindern, die von Vereinen oder Stiftungen untergebracht sind und von deren Organen beaufsichtigt werden.

§ 6. Die Pflegeltern sind verpflichtet, den Beamten des Jugendamtes oder der Polizeidirektion und des Landesherrnamtes sowie anderen, vom Jugendamte beauftragten und mit einem Ausweis versehenen Personen den Zutritt zu ihren Wohnungen zu gestatten und die von ihnen gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Die Pflegeeltern sind ferner verpflichtet, den vom Jugendamte oder seinen Beauftragten getroffenen Anordnungen nachzukommen, namentlich auf Verlangen, das Kind vorzuzeigen oder an einer vom Jugendamt bestimmten Stelle vorzustellen.

§ 7. Die Erlaubnis kann zurückgenommen werden, wenn die Pflegeeltern ihre Pflichten gegen das Kind vernachlässigen, namentlich ihm die erforderliche Nahrung und Pflege nicht gewähren, oder in Krankheitsfällen die Zuziehung eines Arztes unterlassen, desgleichen, wenn die vom Jugendamte erlassenen besonderen Vorschriften nicht befolgt werden, oder wenn sonstige Umstände eingetreten sind, wegen deren die Erlaubnis zu versagen gewesen wäre.

Im Falle der Zurücknahme der Erlaubnis ist das Kind, den Anordnungen des Jugendamtes gemäß, herauszugeben.

§ 8. Wird das Pflegeverhältnis aufgegeben oder stirbt das Kind, so haben die Pflegeeltern binnen 24 Stunden nach Beendigung des Pflegeverhältnisses dem Jugendamte unter Rückgabe des Erlaubnisscheines Anzeige zu machen. In ersterem Falle ist dabei anzugeben, wohin das Kind abgegeben ist.

Zu diesen Meldnngen ist, wenn die Erlaubnis einer verheirateten Frau erteilt ist, deren Ehemann an zweiter Stelle verpflichtet.

§ 9. In eiligen Fällen kann die Aufnahme eines Kindes auch ohne zuvor eingeholte Erlaubnis erfolgen, doch ist diese alsdann spätestens am Tage nach der Aufnahme des Kindes nachzusuchen. Auf Personen, denen früher eine nachgesuchte Erlaubnis versagt oder eine erteilte Erlaubnis wieder entzogen ist, findet diese Bestimmung keine Anwendung.

§ 10. Auf Pflegeverhältnisse im Sinne des § 1, die bei Inkrafttreten dieser Verordnung der staatlichen Aufsicht noch nicht unterstehen, finden diese Vorschriften mit der Maßgabe Anwendung, daß die Erlaubnis binnen zwei Wochen nach Inkrafttreten der Verordnung nachgesucht werden muß.

§ 11. Auf Kinder, die in Anstalten, welche unter öffentlicher Aufsicht stehen (Waisenhäuser, Kinderbewahranstalten, Kinderheime usw.), untergebracht sind, finden die vorstehenden Bestimmungen keine Anwendung.

Kinder, die bei ihren Vormündern, Großeltern, Geschwistern und deren Ehegatten, Geschwistern der Eltern und deren Ehegatten untergebracht sind, können auf Antrag der Pflegeeltern von der Beaufsichtigung befreit werden. Die Befreiung wird vom Jugendamte erteilt und kann jederzeit zurückgenommen werden.

§ 12. Außer den Pflegekindern werden auch die in der mütterlichen Familie erzogenen oder verpflegten unehelichen Kinder in der Stadt Bremen und im Landgebiete von dem Jugendamte dauernd beaufsichtigt.

Die Vorschriften des § 6 finden hierauf entsprechende Anwendung.

Stirbt ein solches Kind, so ist davon dem Jugendamte binnen 24 Stunden Anzeige zu machen.

§ 13. Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen dieser Verordnung werden mit Geldstrafe bis zu 60 Mark oder mit Haft bis zu zwei Wochen bestraft.

§ 14. Mit Inkrafttreten dieser Verordnung wird die Verordnung vom 25. Dezember 1906, betreffend die Aufsicht über die Pflegekinder in der Stadt Bremen (Gesetzbl. S. 512 ff.), in der Fassung der Verordnung vom 13. März 1909, betreffend die Aufsicht über die in der mütterlichen Familie erzogenen und verpflegten unehelichen Kinder in der Stadt Bremen (Gesetzbl. S. 84), aufgehoben.

§ 15. Diese Verordnung tritt, soweit es zu ihrer Ausführung erforderlich ist, sofort im übrigen am 1. April 1913 in Kraft.

Beschlossen Bremen in der Versammlung des Senats am 14. und bekannt gemacht am 10. Januar 1913.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 7. **5. April.** 1913.

Rechtsprechung.

Bei Erstattung von schriftlichen Gutachten stehen dem Sachverständigen auch für jede in seiner Wohnung oder in der Anstalt gemachte „Untersuchung" Gebühren zu. Beschluß des Oberlandesgerichts in Naumburg (Str.-S.) vom 15. Februar 1913.[1])

Die Beschwerde, welche sich gegen die Absetzung von 9 Mark Gebühren für drei von dem Beschwerdeführer in der Landesheilanstalt Altscherbitz vor Erstattung des ihm gerichtsseitig aufgegebenen schriftlichen Gutachtens über den geistigen Zustand der Angeklagten vorgenommene Untersuchungen richtet, rechtfertigt sich aus dem klaren Wortlaute des Gesetzes vom 14. Juli 1909 (G. S. S. 625). Die in diesem Gesetze für Kreisärzte vorgesehenen Gebührensätze stehen nach § 12 im vorliegenden Falle dem Beschwerdeführer zu, also nach Tarifstelle 13 für das von ihm erstattete schriftliche Gutachten eine Gebühr von 10 bis 30 M. Ferner heißt es in Tarifstelle 17 nach der Erwähnung der dem Kreisarzt für Wahrnehmung eines Termins zustehenden Gebühr:

„Sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu",

und die Tarifstelle 3 lautet:

a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet . . . . 3 Mark,

b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder der Anstalt stattfindet . , ... 5 Mark.

Hier wird somit für jede „Untersuchung", die zur Vorbereitung des Gutachtens erforderlich ist, eine Gebühr bewilligt und zwar die Gebühr unter a für die Untersuchung in der Wohnung bezw. Anstalt, die um 2 Mark höhere Gebühr unter b für die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt. Jedoch dürfen nach der weiteren Bestimmung in Tarifstelle 3 mehr als drei Untersuchungen nur mit Zustimmung der ersuchenden Behörde berechnet werden.

Die hervorgehobenen Worte der Tarifstelle 17 nehmen nun nicht etwa nur die Tarifstelle 3b in bezug, sondern ohne Unterschied „die Gebühren zu 3", somit auch die Gebühr zu 3a.

Daß sowohl die Gebühr unter 3a, als auch die unter 3b in bezug genommen sein soll, ergibt sich auch aus dem Worte „Gebühren", was um so erheblicher ist, weil der Tarif sonst genau zwischen den Worten „Gebühr" und „Gebühren" unterscheidet, je nachdem es sich um einen oder mehrere Gebührensätze handelt.

Auch der allgemeine Wortgebrauch und die regelmäßige Bedeutung des Wortes „Besuch" steht nicht entgegen; denn unter dem Worte „Vorbesuche" der Tarifstelle 17 sind sowohl die sog. gemachten, als auch die sog. empfangenen Besuche des Arztes zu verstehen. Das Wort „Besuch" ist mehrdeutig und kann sehr wohl beide Arten von Besuch bezeichnen.

Wollte man übrigens annehmen, daß auf die fraglichen „Vorbesuche" nur die Tarifstelle 3b anwendbar sei, so müßte die Absicht des Gesetzgebers dahin gegangen sein, für die ärztliche Untersuchung im Falle des 3a gar keine Vergütung zu bewilligen, obgleich die Tätigkeit des Arztes in diesem Falle ebenso mühe- und wertvoll ist wie im Falle des 3b.

---

[1]) Siehe auch Beschluß des preußischen Kammergerichts vom 20. September 1912; Beilage zu Nr. 3 dieser Zeitschrift; S. 13.

Grenzen der Verpflichtung des Ehemanns zur Bezahlung einer Arztrechnung für die ärztliche Behandlung seiner Ehefrau. Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg vom 28. Juni 1912.

Auf § 679 BGB. kann sich der Arzt nicht berufen, denn mit der Feststellung der Nichtigkeit der Ehe wird gleichzeitig festgestellt, daß eine gesetzliche Unterhaltspflicht des Ehemannes nicht bestand. Auch § 1344 B.G.B. steht dem Arzte nicht zur Seite, weil die auftraglose Geschäftsführung kein Rechtsgeschäft ist und ein Urteil nicht in Frage kommt. Dagegen ist zuzugeben, daß die Heranziehung eines Arztes ein Geschäft sein kann, das innerhalb des häuslichen Wirkungskreises der Frau liegt. Dann schließt die Ehefrau in Vertretung ihres Mannes kraft ihrer Schlüsselgewalt mit dem Arzt einen Dienstvertrag ab, und bei einem solchen kann sich der Arzt auf § 1344 B.G.B. berufen. Diesen Dienstvertrag kann allerdings der Ehemann jederzeit kündigen. In der Regel wird in einer solchen Kündigung gleichzeitig eine Beschränkung der Schlüsselgewalt in der Richtung liegen, daß die Frau den Arzt nicht weiter für seine Rechnung heranziehen soll. Daher ist der Ehemann auch nur verpflichtet, die Kosten des Arztes soweit zu bezahlen, als sie bis zum Tage der Kündigung erwachsen sind.

Schadenersatzpflicht des Arztes bei fehlerhafter Behandlung. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 22. Januar 1913.

Dr. med. S. in D. wurde von dem Augenarzt Dr. med. St. in D. vom 29. November 1902 bis in den Sommer 1905 augenärztlich an einer Erkrankung des rechten Auges (Glaukomgrünem Star) behandelt und am 16. September 1909 von dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. in B. operiert. Da Dr. S. sich eines Schadensersatzanspruchs gegen Dr. St. wegen falscher Behandlung berühmte, erhob dieser Klage auf Feststellung, daß ein solcher Anspruch nicht bestehe, wogegen der Beklagte Dr. S. im Wege der Widerklage verlangte, festzustellen, daß der Kläger Dr. St. ihm jeden infolge der falschen ärztlichen Behandlung und Beratung entstandenen und künftigen Schaden zu ersetzen habe. Der Beklagte machte geltend, die Operation sei zu spät erfolgt, der Kläger sei verpflichtet gewesen, die erheblich frühere Vornahme der Operation zu veranlassen, namentlich von der durch eine Sommerreise des Beklagten nach Sk. eingetretenen Verzögerung abzuraten, der Kläger habe ihn über die wahre Natur des Leidens getäuscht und ihm die Kenntnis der richtigen Diagnose pflichtwidrig vorenthalten; er habe es auch unterlassen Myotica — Eserin, Pilokarpin — zur Behandlung des Auges zu verordnen und anzuwenden, wodurch sich die Sehkraft des rechten Auges vor der Operation allmählich verringert habe. Das Oberlandesgericht in D. wies im Gegensatze zum Landgericht die Widerklage ab und erkannte nach dem Begehren des Klägers. Es nahm unter Zugrundelegung der Gutachten des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. S. in L. an, die Operation (Iridektomie) sei nicht verspätet gewesen, da bei ihrer Vornahme das Gesichtsfeld des kranken Auges von der nasalen Seite um nicht mehr als 10 v. H. eingeschränkt, der Sehnerv zwar gänzlich, aber nur flach ausgehöhlt und am 19. März 1904 die Sehschärfe noch 5/IX der normalen gewesen sei. Dies ergebe sich aber aus den einwandfrei geführten Tagebüchern des Prof. Dr. H. Die etwaige Unterlassung der Anwendung geeigneter Myotica sei für den Schaden nicht ursächlich, denn auch die Operation, obwohl nicht verspätet vorgenommen, habe nicht die Sehschärfe so erhalten, wie sie im Zeitpunkte der Operation gewesen sei. Uebrigens habe der Kläger auch Eserin verordnet, der Beklagte es aber nicht angewandt. Gegen das Urteil legte der Beklagte Revision beim Reichsgericht ein, das von diesem als unbegründet zurückgewiesen wurde. War die Operation am 16. September 1905 nicht verspätet, dann ist nach den Ausführungen des Berufungsgerichts ein ursächliches Verschulden des Klägers überhaupt nicht anzunehmen, also auch nicht ein durch unterlassenes Abraten von der Reise nach Sk. begangenes. Verspätet war die Operation nicht, wenn der Zustand des kranken Auges so war, wie ihn Prof. Dr. H.'s Tagebücher wiedergeben. Die Zuverlässigkeit dieser Bücher ist deshalb für den Berufungsrichter ausschlaggebend. Auch der hinzugezogene Arzt Dr. Ch. hat noch am 10. Juli 1905 nicht auf unverzüglicher Vornahme der Operation bestanden; er hat als Zeuge bekundet, er habe eine Reise an die Nordsee für unbedenklich erklärt, allerdings unter der Be-

dingung, daß eine 2prozentige Pilokarpinlösung angewandt werde. Daß der Beklagte während seines Aufenthaltes an der See diese Lösung fortgesetzt eingeträufelt hat, stellt das Landgerichtsurteil fest. Der Berufungsrichter führt weiter aus, nach dem Sachverständigengutachten sei bei rechtzeitiger Vornahme der Iridektomie zu hoffen, daß die Sehschärfe so erhalten bleibe, wie sie im Zeitpunkte der Operation bestehe. Hier sei die Operation nicht verspätet vorgenommen und dennoch dieser zu erhoffende Erfolg nicht eingetreten; gleichwohl mache die Unterlassung der Verordnung von Einträufelungen pupillenerweiternden Mitteln den Kläger nicht schadenersatzpflichtig. Die Revision bezeichnet diese Ausführungen als unverständlich, auf Trugschlüssen beruhend und widersprechend dem solche Einträufelungen für unerläßlich erklärenden Gutachten. Allein mit Unrecht. Das Berufungsgericht verneint mit jenem Satze das Bestehen eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Schaden und der unterlassenen Anwendung der Arzneimittel. Offenbar erwägt es dabei auf Grund des Gutachtens, daß diese Mittel keine Heilmittel für die Krankheit, sondern nur dazu bestimmt sind, den Eintritt eines Zustandes zu verhüten, dem gegenüber die Operation als verspätet erscheinen müßte. Da die Operation vom 16. September 1905 aber nicht verspätet war, so war der Zweck der Mittel auch ohne deren Anwendung erreicht, die unterlassene Anwendung also nicht Schadensursache. Die Ausführung über das Fehlen des ursächlichen Zusammenhangs gehört dem Gebiete der Tatsachenfeststellung an, ein Rechtsirrtum ist nicht ersichtlich. Der Revision kann zugegeben werden, daß die vom Kläger gegebene Verordnung des ungeeigneten Adrenalins und des lediglich zur Anwendung bei plötzlichen Anfällen verschriebenen Eserins nicht dem entspricht, was der Sachverständige unter fortgesetzter Behandlung mit einem Myoticum verstanden hat. Allein das ist unerheblich, wenn die Unterlassung überhaupt nicht ursächlich war. Die Revision ist deshalb zurückzuweisen, da eine Schadensersatzpflicht des Klägers, Augenarzt Dr. St., nicht besteht.

(Sächsiche Korrespondenz.)

Ein Arzt, der zu Krankenbesuchen ein Auto benutzt, befindet sich während der Fahrt nicht in Ausübung seines Berufes, sondurn auf dem Wege dazu. Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichts (Str.-S.) vom 18. Februar 1913.

Dr. B. in A. fuhr am 12. August in mäßiger Geschwindigkeit mit seinem bei der Ausübung der Privatpraxis benützten Auto durch die W.straße. Sein an einer Kette befindlicher Hund sprang während der Fahrt aus dem Wagen. Dr. B. versuchte, ohne anzuhalten, den Hund an der Kette in den Wagen zurückzuziehen; der Wagen geriet dabei auf den Bürgersteig und verletzte zwei Kinder und eine Frau. Das Schöffengericht zu A. verurteilte Dr. B. wegen fahrlässiger Körperverletzung, die Berufung des Angeklagten wurde von der Strafkammer des Landgerichts zu A. verworfen und Dr. B. auch der mit dem Vergehen der fahrlässigen Körperverletzung rechtlich zusammentreffenden Uebertretung der Verordnung des Bundesrats vom 3. Februar 1910 für schuldig erkannt. Das Landgericht nahm an, daß sich Dr. B. gegen § 17 Abs. 1 Satz 1 dieser Bundesratsverordnung, wonach der Führer zu besonderer Vorsicht in Leitung und Bedienung seines Fahrzeuges verpflichtet ist, verfehlt und überdies die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufes als Arzt besonders verpflichtet war, aus den Augen gesetzt und hierdurch die Körperverletzungen verursacht habe, die er bei Erfüllung der ihm obliegenden Pflichten hätte vermeiden können. Auf die Revision des Angeklagten hob der Strafsenat des Obersten Landesgerichts das Urteil der Vorinstanz auf, stellte das Verfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung ein und sprach den Beschwerdeführer von der Anklage wegen einer Uebertretung der Bundesratsverordnung frei. Der Strafsenat ging bei seiner Entscheidung von folgenden Erwägungen aus: Die berufliche Tätigkeit des die Heilkunde ausübenden Arztes besteht in der Anwendung und Verwertung des auf dem Gebiete der Heilkunde erworbenen Wissens und Könnens. Die Stätte, an der der Arzt seine Kunst ausübt, ist der Raum, in dem sich der Kranke befindet, mag nun der Kranke den Arzt aufsuchen oder von diesen aufgesucht werden. Die durch das Fahren erzielten Vorteile (Abkürzung der Gehzeit, raschere Hilfeleistung, Möglichkeit mehrerer Besuche usw.) sind Anlaß und Folgen der Ausubung der

Heilkunde, aber nicht Teile derselben. Geht oder fährt der Arzt zu einem Kranken, so befindet er sich auf dem Wege zur Ausübung seiner Kunst, nicht in Ausübung seiner Kunst. Aus diesen Erwägungen kann die Auffassung der Vorinstanzen nicht gebilligt werden, wonach die von dem Angeklagten bei der hier in Frage stehenden Fahrt durch Fahrlässigkeit verursachten Körperverletzungen mit Uebertretung einer Berufspflicht begangen worden seien. Da Strafanträge nicht gestellt wurden, mußte nach § 259 Abs. 3 Str.-P.-O. das Verfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung eingestellt werden. Der Angeklagte hat zwar, als er mit dem Wagen auf den Bürgersteig kam, die besondere Vorsicht aus dem Auge gesetzt, aber dieses unvorsichtige Handeln ist in der Verordnung des Bundesrats nicht unter den Maßnahmen aufgeführt, deren Uebertretung an sich mit Strafe bedroht ist. Eine mit Strafe bedrohte Verfehlung gegen den § 17 Abs. 1 Satz 1 kann deshalb nicht als gegeben erachtet werden, in dieser Richtung ist die Verurteilung zu Unrecht erfolgt und mußte auf Freisprechung erkannt werden.

(Sächsische Korrespondenz.)

Die Polizei ist berechtigt, gegen die aus dem Betriebe auf einem Eisenlagerplatz entstehenden übermäßigen Geräusche einzuschreiten, sobald dadurch der Gesundheitszustand gesundheitlich nicht anormaler Personen gefährdet wird. Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. S) vom 3. Juni 1912.

Das Recht der Polizei zum Einschreiten beruht auf § 10 Tit. 17 T. II A.L.R. und ist unabhängig von der Bestimmung in § 906 B.G.B., hat insbesondere durch diese keine Einschränkung erfahren. Es ist also für den vorliegenden Rechtsstreit unerheblich, ob die von dem Kläger verursachten Geräusche das in § 906 B.G.B. zugelassene Maß überschreiten, vielmehr nur zu prüfen, ob die in § 10 Tit. 17 T. II A.L.R. vorgesehenen Voraussetzungen des polizeilichen Einschreitens vorhanden waren. Zu Unrecht wendet der Kläger weiter ein, daß sich in der näheren Umgebung seines Grundstücks eine größere Anzahl anderer geräuschvoller Betriebe befinde, neben denen die von ihm verursachten Geräusche nur unbedeutend ins Gewicht fielen. Denn der Umstand, daß vielleicht auch noch von anderer Seite gesundheitsgefährdender Lärm verursacht wird, gibt dem Kläger kein Recht, diesen auch seinerseits zu vermehren. Ergibt sich, daß die in dem klägerischen Betriebe veranlaßten Geräusche geeignet sind, die Gesundheit der Anwohner zu gefährden, so kann die Polizei dagegen einschreiten. Der Kläger kann sich auch in diesem Verfahren nicht darauf berufen, daß gegen die sonst noch verursachten Geräusche nicht in gleicher Weise vorgegangen werde. Selbst wenn dies der Fall wäre, könnten dadurch dem Kläger keinerlei Rechte erwachsen.

Bei Prüfung der Frage kommt es nicht wesentlich darauf an, ob etwa ein größerer Kreis von Personen gefährdet wurde. Auch einzelne Personen genießen den Schutz der Polizei gegen Gefahren. Es braucht auch nicht geprüft zu werden, ob tatsächlich bereits Personen an ihrer Gesundheit geschädigt sind; vielmehr genügt es, wenn an sich eine Gesundheitsgefahr vorliegt. Bei Prüfung der Frage, ob eine solche vorhanden war, ist von gesunden, normalen Menschen auszugehen. Zu diesen gehören, wie das Oberverwaltungsgericht wiederholt, z. B. in den Entscheidungen vom 22. Februar 1909 und vom 28. Oktober 1909 angenommen hat, auch solche Personen, deren Widerstandsfähigkeit gegen starke Geräusche zwar im allgemeinen infolge der Unruhe des modernen Erwerbslebens, zumal in industriereichen Orten, vermindert ist (sogen. „nervöse Personen"), deren Gesundheitszustand aber als ein anormaler nicht bezeichnet werden kann. Dagegen ist die Polizei nicht befugt, einzuschreiten, wenn es sich nur um die Gefährdung krankhaft empfindlicher, besonders nervöser Personen handelt, deren Gesundheitszustand man nicht mehr als einen normalen bezeichnen kann (vergl. Entsch. des O.V.G. vom 2. Januar 1909).

Nach dem bereits in der ersten Instanz vorgelegten Beweismaterial und nach der Art der vorgenommenen Arbeiten, dem Hinwerfen und Verkürzen eiserner T-Träger, kann nun ein Zweifel darüber nicht bestehen, daß durch diese Arbeiten ein außergewöhnlich lautes, in der ganzen Nachbarschaft hörbares, zu sehr erheblichen Belästigungen Anlaß gebendes Geräusch verursacht worden ist. Nach der Aussage des Hausbesitzers P., nach dem von ihm vorgelegten ärzt-

lichen Attest über den Gesundheitszustand seiner Tochter und nach dem in der Vorinstanz eingeholten Gutachten des Kreisarztes Dr. St. konnten aber Zweifel darüber bestehen, ob der Kreisarzt nicht bloß eine Gesundheitsgefährdung solcher Personen annahm, die bereits krank sind. Dr. St. ist deshalb zu einer Ergänzung seiner früheren Gutachten aufgefordert und hat sich am 12. Januar 1912 erneut dahin geäußert:

„Bei einem gesunden, nicht nervös angelegten Menschen wird das Geräusch wohl nicht gesundheitsschädigend wirken, hingegen kann das Geräusch, welches durch die Arbeit auf dem F.'schen Lagerplatz entsteht, bei einem nervös angelegten Menschen, dessen Gesundheitszustand im allgemeinen als ein anormaler nicht bezeichnet werden kann, gesundheitsschädigend wirken, indem die Nervosität zunimmt und langsam einen krankhaften Charakter annimmt. Durch das Hinwerfen und Verkürzen der Träger wird zweifelsohne, wie ich auch in der gutachtlichen Aeußerung vom 24. November 1910 hervorgehoben habe, ein so starkes Geräusch verursacht, wie es in Durchschnittsbetrieben nicht hervorgerufen wird."

Nach diesem Gutachten muß für erwiesen angesehen werden, daß die von dem Kläger verursachten Geräusche geeignet sind, die Gesundheit nicht bloß kranker, sondern auch solcher Personen zu gefährden, deren Widerstandsfähigkeit gegen starke Geräusche zwar im allgemeinen vermindert ist, deren Gesundheitszustand aber als ein anormaler nicht bezeichnet werden kann.

Unter diesen Umständen war die Polizeiverwaltung nach § 10 Tit. 17 T. II A.L.R. berechtigt, das zur Abwendung dieser Gefahr Notwendige anzuordnen. Gegen die in dieser Beziehung erlassene Auflage findet sich nichts zu erinnern. Es fehlt insbesondere nicht an einem angemessenen Ausgleich der Interessen der Allgemeinheit und der besonderen Interessen des Klägers, da diesem die Wahl gelassen ist zwischen dem völligen Unterlassen der geräuschvollen Arbeiten und ihrer Vornahme in einem umschlossenen Raume (vergl. Entsch. des O.V.G. vom 6. Mai 1909). Daß die Einrichtung eines solchen nach verständigem Ermessen hier eine Unmöglichkeit sein soll, ist nach dem Gutachten des Gewerbeinspektors nicht anzunehmen. Hiernach verstößt weder die angefochtene Verfügung gegen das geltende Recht, noch fehlt es an den tatsächlichen Voraussetzungen, die die Polizeiverwaltung zu deren Erlaß berechtigten. Daraus folgt die Bestätigung der auf Abweisung der Klage gerichteten Vorentscheidung.

Voraussetzung für die Rechtswirksamkeit des polizeilichen Anschlußzwanges an eine Wasserleitung ist, daß die Wasserleitung eine öffentliche Gemeindeanstalt darstellt, auf deren Mitbenutzung alle Einwohner des Gemeindebezirks nach öffentlichem Rechte einen Anspruch haben. Entscheidung des preußischen Oberverwaltungsgerichts (IX. Senat) vom 7. Juni 1912.

Voraussetzung der Rechtswirksamkeit des polizeilichen Anschlußzwanges (§ 1 der Polizeiverordnung vom 10. Januar 1903) ist, daß die Wasserleitung eine öffentliche Gemeindeanstalt darstellt, auf deren Mitbenutzung alle Einwohner des Gemeindebezirks nach öffentlichem Rechte (§ 2 Abs. 3 der Landgemeindeordnung für die Provinz Westfalen vom 19. März 1856, G. S. S. 265) einen Anspruch haben. Dem Zwange zum Anschlusse muß das Recht auf Anschluß entsprechen. Aus dem Inhalte des Gemeindebeschlusses vom 18. April 1907 und der dazu gehörigen „Allgemeinen Bedingungen" ergibt sich aber mit völlig unzweideutiger Klarheit, daß die Wasserleitung der Gemeinde O. eine öffentliche Gemeindeanstalt nicht ist. Hiernach hat die Gemeindevertretung von O. am 18. April 1907 „nach nochmaliger Erörterung der Frage der Deckung der Kosten der Wasserleitung und ihrer Unterhaltung, bezw. der Wasserkonsumkosten" beschlossen, „vom 1. April d. J. ab weder Beiträge, noch Gebühren, noch eine besondere Steuer zu fraglichem Zwecke zu erheben, vielmehr das Wasser auf Grund freier Vereinbarung zwischen den Abnehmern und der Gemeinde nach Maßgabe des vorliegenden Tarifs abzugeben".

.... Entbehrt hiernach die Polizeiverordnung vom 10. Januar 1903 der materiellen Rechtsgültigkeit, so waren die ausschließlich auf sie gestützten polizeilichen Verfügungen vom 10. August 1909 außer Kraft zu setzen, ohne daß es eines weiteren Eingehens auf das Vorbringen der Parteien bedurfte.

Kommunalarchiv; 1912.

Die Kanalisierung von Ortsstraßen zur Fortschaffung der Abfallstoffe und zur Beseitigung gesundheitsgefährlicher Mißstände gehört zu den gesetzlichen Obliegenheiten der Gemeinde, wenn sie zum Schutze gegen „übertragbare Krankheiten" erforderlich ist.

„Uebertragbare Krankheiten" (§ 35 Abs. 2 Reichsgesetz vom 30. Juni 1900) sind ansteckende Krankheiten, auch insoweit sie nicht „gemeingefährlich" (§ 1 a. O.) sind, z. B. Typhuserkrankungen. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofs (2. Senat) vom 21. Februar 1912.

. . . Es fragt sich, ob die Forderung der Anfertigung eines Projekts zur Kanalisierung der Gerbergasse durch „vorgefundene gesundheitsgefährliche Mißstände" (§ 35 Abs. 2 Reichsgesetz vom 30. Juni 1900) gerechtfertigt werden kann.

Nach Inhalt der Akten, insbesondere der vielfachen ärztlichen und oberärztlichen Aeußerungen ist festgestellt, daß in der Gerbergasse zu H. erhebliche gesundheitsgefährliche Zustände herrschen, und daß mit Rücksicht auf die Beschaffenheit dieser Gasse und ihrer Umgebung sowie in Anbetracht der dortigen Ansammlung von Ab- und Niederschlagswasser und von Fäulnisprodukten übertragbare Krankheiten hervorgerufen werden können.

Ferner ist zu prüfen, ob die Herstellung der Kanalanlage „zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich" (§ 35 Abs. 2 a. O.) ist. Es ist zunächst keine gesetzliche Voraussetzung für die Verpflichtung zur Ausführung einer Kanalanlage, daß die bisherige Art der Entwässerung in der Gerbergasse durch offene Rinnen die Ursache des Auftretens einer übertragbaren Krankheit, wie etwa des Typhus, ist; es genügt vielmehr, daß diese Entwässerung keinen ausreichenden Schutz gegen die Weiterverbreitung solcher Krankheiten bietet (vergl. Entsch. Verw.-Ger.-H. vom 29. September 1909). Denn der Schutz, den eine zweckmäßige Kanalisierung gegen übertragbare Krankheiten bietet, besteht nicht nur darin, daß ein Entstehen dieser Krankheiten hintangehalten wird, sondern ebensosehr darin, daß ihre Weiterverbreitung durch die angehäuften Abfallstoffe nach Möglichkeit ausgeschlossen wird. Daß im übrigen den Anlaß zur Durchführung der hier in Rede stehenden Kanalisierung der Gerbergasse eine Epidemie zu bieten habe, daß also die Stadt von einer Seuchengefahr bereits bedroht sein müsse, ist vom Gesetze nicht erfordert. Denn § 35 a. a. O. handelt von den ohne Rücksicht auf das Bestehen einer bestimmten Krankheitsgefahr gebotenen dauernden Schutzmaßregeln gegen übertragbare Krankheiten. Die Einrichtungen dienen daher einer dauernden allgemeinen Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse. Um den Ausbruch übertragbarer Krankheiten zu verhüten, ist es sonach geboten, schon in seuchenfreier Zeit die erforderlichen Einrichtungen zu treffen. An einer ausreichenden Anlage solcher Art fehlt es aber zurzeit in der Gerbergasse zu H. Die von der Aufsichtsstelle geforderte Kanalisierung wird durch die in den Jahren 1871 und 1911 teils gehäuft, teils vereinzelt aufgetretenen Typhuserkrankungen nur noch weiter gestützt.

In dem angefochtenen Regierungskollegialbescheid ist auch die Frage der gemeindlichen Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Kosten für Anfertigung des neuen Projektes hinreichend gewürdigt worden. Die Leistungsfähigkeit der Gemeinde zur Durchführung dieses Projektes wird seinerzeit noch besonderer Würdigung im Hinblick darauf zu unterstellen sein, daß ein Vorgehen nach § 35 Abs. 2 des Reichsgesetzes nur „nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit" der Gemeinde erfolgen kann. Die Frage selbst aber, ob die Leistungsfähigkeit tatsächlich vorliegt — wie auch die Frage, ob die Herstellung der Kanalanlage notwendig, zweckmäßig oder vordringlich sei —, ist im Hinblick auf Art. 13 Abs. 1 Ziff. 3 Verw.-Ger.-Ges. als Sache des staatsaufsichtlichen Ermessens der Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofs entrückt.

Regers Entscheidungen; 1912, XXXIII. Bd., S. 537.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Einrichtung und Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. März 1913.

Auf Grund des § 139a der Gewerbeordnung hat der Bundesrat die nachstehende

Bestimmung betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten, erlassen.

Die Bestimmungen im § 10 Abs. 1, 2 der Bekanntmachung, betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten, vom 26. Mai 1903 (Reichs-Gesetzblatt S. 225)[1]) bleiben bis zum 1. Juli 1914 in Kraft.

Beschäftigung jugendlicher Arbeiter auf Steinkohlenbergwerken in Preußen, Bayern, Sachsen und Elsaß-Lothringen. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. März 1913.

Auf Grund des § 139a der Gewerbeordnung hat der Bundesrat die nachstehenden

Bestimmungen, betreffend die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter auf Steinkohlenbergwerken in Preußen, Bayern, Sachsen und Elsaß-Lothringen

erlassen:

I. Auf Steinkohlenbergwerken, deren Betrieb auf achtstündige Schichten eingerichtet ist, dürfen bei der Beschäftigung derjenigen jugendlichen Arbeiter männlichen Geschlechts über vierzehn Jahre, welche über Tage mit den unmittelbar mit der Förderung der Kohlen zusammenhängenden Arbeiten beschäftigt sind, die Beschränkungen des § 136 Abs. 1, 2 der Gewerbeordnung mit folgenden Maßgaben außer Anwendung bleiben:

1. Die Beschäftigung darf nicht vor fünf Uhr morgens beginnen und, wo in zwei Tagesschichten gearbeitet wird, nicht nach elf Uhr abends schließen; keine Schicht darf einschließlich der Pausen länger als acht Stunden dauern.

Die Beschäftigung darf am Tage vor Sonn- und Festtagen, sowie an den Tagen der Kontrollversammlungen um vier Uhr morgens beginnen und, wo in zwei Tagesschichten gearbeitet wird, am nächsten Werktag nach den Sonn- und Festtagen um ein Uhr nachts schließen.

2. Zwischen zwei Arbeitsschichten muß den jugendlichen Arbeitern eine Ruhezeit von mindestens fünfzehn Stunden gewährt werden. Die den Arbeitsschichten an Tagen vor Sonn- und Festtagen sowie an den Tagen der Kontrollversammlungen vorausgehende und die den Arbeitsschichten an Tagen nach Sonn- und Festtagen folgende Ruhezeit muß mindestens dreizehn Stunden dauern.

3. Zwischen den Arbeitsstunden müssen den jugendlichen Arbeitern an jedem Arbeitstag eine oder mehrere Pausen in der Gesamtdauer von mindestens einer Stunde gewährt werden; von diesen müssen zwei mindestens je eine Viertelstunde oder drei mindestens je zehn Minuten betragen. Während der Pausen darf den jugendlichen Arbeitern eine Beschäftigung im Betriebe nicht gestattet werden.

II. Auf Steinkohlenbergwerken dürfen jugendliche Arbeiter männlichen Geschlechts über vierzehn Jahre in höchstens sechsstündigen Schichten unter Wegfall der im § 136 Abs. 1 Satz 3 der Gewerbeordnung vorgeschriebenen Pause mit ihren Kräften angemessenen Arbeiten über Tage beschäftigt werden, sofern die Art des Betriebes an sich Unterbrechungen der Beschäftigung mit sich bringt.

Wegen des Beginns und des Schlusses dieser Beschäftigung und wegen der zwischen zwei Arbeitsschichten zu gewährenden Ruhezeit gelten die Bestimmungen unter I Ziffer 1 und 2.

III. Auf Steinkohlenbergwerken dürfen die Arbeitsstunden derjenigen jugendlichen Arbeiter männlichen Geschlechts über vierzehn Jahre, welche über Tage mit Arbeiten beschäftigt werden, die bei der An- und Abfahrt der Belegschaft zu leisten sind, in Abweichung von § 136 Abs. 1 Satz 1 der Gewerbeordnung bereits von fünfeinhalb Uhr morgens an und am Tage vor Sonn- und Festtagen sowie an den Tagen der Kontrollversammlungen bereits von vier Uhr morgens an beginnen.

IV. In der bei I bis III bezeichneten Art dürfen jugendliche Arbeiter nur beschäftigt werden, wenn durch das Zeugnis eines von der höheren Verwaltungsbehörde zur Ausstellung solcher Zeugnisse ermächtigten Arztes nachgewiesen ist, daß die körperliche Entwicklung des Arbeiters die für ihn in Aussicht genommene und genau anzugebende Beschäftigung auf dem Werke

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung usw. zur Zeitschrift; Jahrg. 1903, S. 182.

ohne Gefahr für seine Gesundheit zuläßt. Das ärztliche Zeugnis ist vor Beginn der Beschäftigung dem Arbeitgeber auszuhändigen, welcher es zu verwahren, auf amtliches Verlangen vorzulegen und bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses dem jugendlichen Arbeiter beziehungsweise dessen gesetzlichem Vertreter wieder auszuhändigen hat.

V. Auf Arbeitsstellen, wo jugendliche Arbeiter nach Maßgabe der Vorschriften unter Nr. I bis IV beschäftigt werden, muß neben der nach § 138 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung auszuhängenden Tafel eine zweite Tafel ausgehängt werden, welche in deutlicher Schrift die Bestimmungen unter I bis IV wiedergibt.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann einzelne Betriebe, in denen jugendliche Arbeiter nach Maßgabe der Vorschriften unter I beschäftigt werden, auf Antrag von der Angabe des Beginns und Endes der Pausen in der nach § 138 der Gewerbeordnung zu erstattenden Anzeige und von der entsprechenden Angabe in dem Aushang für solche im einzelnen namhaft zu machende Beschäftigungszweige entbinden, bei denen nach der Art der Arbeit regelmäßig mindestens Arbeitsunterbrechungen von der unter I Ziffer 3 bestimmten Dauer eintreten.

Die höhere Verwaltungsbehörde hat über die Betriebe, die auf Grund der Bestimmung im vorstehenden Absatz von der Angabe des Beginns und Ende der Pausen in der nach § 138 der Gewerbeordnung zu erstattenden Anzeige und von der entsprechenden Angabe in dem Aushang entbunden worden sind, nach dem anliegenden Muster ein Verzeichnis zu führen. Ein Auszug aus diesem Verzeichnis, der das abgelaufene Kalenderjahr umfaßt, ist bis zum 1. Februar jedes Jahres durch die Landeszentralbehörde dem Reichskanzler vorzulegen.

VI. Die vorstehenden Bestimmungen haben für zehn Jahre Gültigkeit.

Sie treten am 1. April 1913 in Kraft und an Stelle der durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. März 1903 (Reichsgesetzblatt S. 61) verkündeten Bestimmungen.

Anlage.

Verzeichnis.

derjenigen Betriebe, welche auf Grund der Vorschrift unter V Abs. 2 der Bestimmungen über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter auf Steinkohlenbergwerken von der Angabe des Beginns und Endes der Pausen in der nach § 138 der Gewerbeordnung zu erstattenden Anzeige und von der entsprechenden Angabe in dem Aushang entbunden worden sind.

1.	2.	3.	4.	5.	6.
Laufende Nr.	a. Name des Bergwerks, b. Aufsichtsbezirk	Beschäftigungszweige, für welche die Ausnahme gestattet ist	Datum der Ausnahmebewilligung	Zahl der jugendlichen Arbeiter (im Jahresdurchschnitte), welche in der bei 3 angegebenen Weise beschäftigt werden	Bemerkungen

Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. März 1913.

Auf Grund der §§ 120e, 139a der Gewerbeordnung hat der Bundesrat die nachstehenden

Bestimmungen, betreffend die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien,

erlassen:

I. Die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern in Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie Sandbläsereien unterliegt folgenden Beschränkungen:

1. In solchen Räumen, in denen vor dem Ofen (Schmelz-, Kühl-, Glüh-,

Streckofen) gearbeitet wird, und in solchen Räumen, in denen eine außergewöhnlich hohe Wärme herrscht (Häfenkammern und dergleichen), darf Knaben unter 14 Jahren und Arbeiterinnen eine Beschäftigung nicht gewährt und der Aufenthalt nicht gestattet wesden. Ausnahmen hiervon kann der Bundesrat zulassen.

2. In solchen Räumen, in denen Rohstoffe oder Glasabfälle zerkleinert oder gemischt werden, oder in denen mit flüssigem Fluorwasserstoffe gearbeitet wird, darf Arbeitern unter 16 Jahren und Arbeiterinnen eine Beschäftigung nicht gewährt und der Aufenthalt nicht gestattet werden.

3. Mit Arbeiten am Sandstrahlgebläse dürfen Arbeiter unter 16 Jahren und Arbeiterinnen nicht beschäftigt werden.

4. Mit Schleifarbeiten dürfen Knaben unter 14 Jahren und Arbeiterinnen unter 16 Jahren nicht beschäftigt werden. Mit denjenigen Schleifarbeiten, bei welchen die Glaswaren trocken geschliffen werden oder das Schleifrad nicht durch mechanische Kraft angetrieben wird, dürfen auch Arbeiterinnen über 16 Jahre nicht beschäftigt werden. Ausnahmen von ihrer Verwendung beim Trockenschleifen kann die höhere Verwaltungsbehörde auf Antrag des Arbeitgebers gestatten, sofern durch zweckentsprechende Betriebsanlagen für eine ständige wirksame Absaugung des entstehenden Staubes gesorgt ist.

5. Junge Leute männlichen Geschlechts zwischen 14 und 16 Jahren dürfen, soweit deren Beschäftigung nach diesen Bestimmungen zulässig ist, nur beschäftigt werden, wenn durch ein Zeugnis eines von der höheren Verwaltungsbehörde zur Ausstellung solcher Zeugnisse ermächtigten Arztes dargetan wird, daß die körperliche Entwickelung des Arbeiters eine Beschäftigung ohne Gefahr für die Gesundheit zuläßt.

Das ärztliche Zeugnis ist vor Beginn der Beschäftigung dem Arbeitgeber auszuhändigen, welcher damit wie mit dem Arbeitsbuche (§ 107 der Gewerbeordnung) zu verfahren hat.

Unberührt durch die vorstehenden Bestimmungen bleibt die Befugnis der zuständigen Behörden, im Wege der Verfügung für einzelne Anlagen gemäß § 120d, § 120f Abs. 2 der Gewerbeordnung weitergehende Anordnungen zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter, besonders der jugendlichen Arbeiter zu treffen.

II. In Glashütten, in denen die Glasmasse gleichzeitig geschmolzen und verarbeitet wird, dürfen für die Beschäftigung junger Leute männlichen Geschlechts zwischen 14 und 16 Jahren bei den Arbeiten vor dem Ofen (Schmelz-, Kühl-, Glühofen) die Bestimmungen des § 136 der Gewerbeordnung mit folgenden Maßgaben außer Anwendung bleiben:

1. Die Arbeitsschicht darf einschließlich der Pausen nicht länger als zwölf Stunden, ausschließlich der Pausen nicht länger als zehn Stunden dauern.

Die Gesamtdauer der Beschäftigung darf innerhalb einer Woche ausschließlich der Pausen sechzig Stunden nicht überschreiten.

Die Arbeit muß in jeder Schicht durch eine oder mehrere Pausen in der Gesamtdauer von mindestens einer Stunde unterbrochen sein. Unterbrechungen der Arbeit von weniger als einer Viertelstunde kommen auf die Pausen in der Regel nicht in Anrechnung. Eine der Unterbrechungen muß mindestens eine halbe Stunde dauern.

Die höhere Verwaltungsbehörde kann jedoch solchen Betrieben, in welchen die jungen Leute in achtstündigen oder kürzeren Schichten beschäftigt werden und in denen die Beschäftigung der jungen Leute so wenig anstrengend und naturgemäß mit so zahlreichen, hinlängliche Ruhe gewährenden Arbeitsunterbrechungen verbunden ist, daß schon hierdurch eine Gefährdung ihrer Gesundheit ausgeschlossen ist, auf Antrag unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs gestatten, diese Arbeitsunterbrechungen auf die einstündige Gesamtdauer der Pausen auch dann in Anrechnung zu bringen, wenn die einzelnen Unterbrechungen von kürzerer als einviertelstündiger Dauer sind; eine der Unterbrechungen muß jedoch auch in diesen Fällen stets mindestens eine halbe Stunde dauern. Diese Erlaubnis darf nur erteilt werden, wenn die Dauer der den jungen Leuten zwischen je zwei Arbeitsschichten gewährten Ruhezeit in Tafelglashütten mindestens vierundzwanzig Stunden, in Hohlglashütten mindestens sechzehn Stunden beträgt.

2. Bei Tag- und Nachtbetrieb muß wöchentlich Schichtenwechsel eintreten. Diese Bestimmung findet auf diejenigen Glashütten keine Anwendung,

in denen die Beschäftigung so geregelt ist, daß für die jungen Leute zwischen je zwei Arbeitsschichten eine Ruhezeit von mindestens vierundzwanzig Stunden liegt.

3. Während der Pausen für die Erwachsenen dürfen junge Leute nicht beschäftigt werden.

4. Zwischen je zwei Arbeitsschichten muß eine Ruhezeit von mindestens zwölf Stunden liegen.

5. An Sonn- und Festtagen darf die Beschäftigung nicht in die Zeit von sechs Uhr morgens bis sechs Uhr abends fallen. Die Vorschrift findet, wenn mehrere Festtage aufeinander folgen, nur auf den ersten Festtag Anwendung.

III. In Glashütten, in denen die Schmelzschicht und die Verarbeitungsschicht miteinander wechseln, dürfen für die Beschäftigung junger Leute männlichen Geschlechts zwischen 14 und 16 Jahren bei den Arbeiten vor dem Ofen (Schmelz-, Kühl-, Glühofen) die Bestimmungen des § 135 Abs. 3, § 136 der Gewerbeordnung mit folgenden Maßgaben außer Anwendung bleiben:

1. Die Gesamtdauer der Beschäftigung darf innerhalb einer Woche ausschließlich der Pausen nicht mehr als sechzig Stunden betragen.

Innerhalb zweier Wochen darf von der Gesamtdauer der Beschäftigung in die Zeit von sechs Uhr Abends bis sechs Uhr Morgens nicht mehr als die Hälfte fallen.

Die Dauer der Pausen muß für Schichten von höchstens zehn Arbeitsstunden mindestens eine Stunde, für Schichten mit längerer Arbeitszeit mindestens eine und eine halbe Stunde betragen. Unterbrechungen der Arbeit von weniger als einer Viertelstunde Dauer werden auf die Pausen nicht in Anrechnung gebracht; eine der Pausen muß mindestens eine halbe Stunde dauern.

2. In der Zeit von sechs Uhr abends bis 6 Uhr morgens darf die Beschäftigung ausschließlich der Pausen die Dauer von zehn Stunden nicht überschreiten.

3. Während der Pausen für die Erwachsenen dürfen junge Leute nicht beschäftigt werden.

4. Zwischen je zwei Arbeitsschichten muß eine Ruhezeit liegen, welche mindestens die Dauer der zuletzt beendigten Schicht erreicht. Innerhalb der Ruhezeit ist eine Beschäftigung mit Nebenarbeiten gestattet, wenn die jungen Leute vor Beginn oder nach dem Ende dieser Beschäftigung noch für eine Zeit von der Dauer der zuletzt beendigten Schicht ohne jede Beschäftigung bleiben. Die Dauer der Beschäftigung mit Nebenarbeiten kommt auf die Gesamtdauer der wöchentlichen Arbeitszeit in Anrechnung.

5. An Sonntagen darf die Beschäftigung nur einmal innerhalb zweier Wochen in die Zeit von sechs Uhr morgens bis sechs Uhr abends fallen.

IV. Die Ausnahmen unter II und III finden keine Anwendung

a. auf alle Arbeiten an Strecköfen,

b. auf die Herstellung von Spiegel-, Roh-, Draht-, Kathedralglas und dergleichen durch Auswalzen flüssiger Glasmasse auf Platten oder Tischen,

c. auf die Arbeit an Maschinen, welche Glasmasse automatisch zu Flaschen oder Tafelglas verarbeiten.

Die Ausnahmen unter III finden keine Anwendung auf Glashütten, in denen Weißhohlglas einschließlich der Beleuchtungsgegenstände und der sogenannten Flakons hergestellt wird.

In den unter Abs. 2 bezeichneten Glashütten darf jedoch abweichend von den Bestimmungen des § 136 Abs. 1 der Gewerbeordnung die Gesamtdauer der Pausen für die jungen Leute zwischen 14 und 16 Jahren bei den Arbeiten vor den Oefen auf eine Stunde beschränkt werden, wenn die tägliche Arbeitszeit einschließlich der Pausen nicht mehr als zehn Stunden beträgt, und auf ein und eine halbe Stunde, wenn die tägliche Arbeitszeit einschließlich der Pausen nicht mehr als elf Stunden beträgt. Unterbrechungen der Arbeit, die weniger als eine Viertelstunde dauern, werden auf die Pausen nicht in Anrechnung gebracht.

Die Landeszentralbehörden sind ermächtigt, einzelnen Weißhohlglashütten, in denen die Schmelzschicht und die Verarbeitungsschicht miteinander wechseln, auf Antrag widerruflich zu gestatten, daß die Arbeitszeit der jungen Leute zwischen 14 und 16 Jahren, abweichend von den Bestimmungen des § 136 Abs. 1 der Gewerbeordnung, vor sechs Uhr, jedoch nicht vor vier Uhr morgens beginnt, wenn Rücksichten auf die Arbeiter dies erwünscht erscheinen lassen.

V. Für Glashütten, welche von den unter II und III nachgelassenen Ausnahmen Gebrauch machen, finden die Bestimmungen des § 138 Abs. 2 Satz 1 der Gewerbeordnung mit folgenden Maßgaben Anwendung:

1. Das in den Fabrikräumen auszuhängende Verzeichnis der jungen Leute ist in der Weise aufzustellen, daß die in derselben Schicht Beschäftigten je eine Abteilung bilden.

2. Das Verzeichnis braucht in Glashütten der unter III bezeichneten Art für die bei Arbeiten vor dem Ofen beschäftigten jungen Leute zwischen 14 und 16 Jahren eine Angabe über die Arbeitstage, die Arbeitszeit und die Pausen nicht zu enthalten. Statt dessen ist dem Verzeichnis eine Tabelle nach dem anliegenden Muster (Anlage A) beizufügen, in welche während oder unmittelbar nach jeder Arbeitsschicht die vorgesehenen Eintragungen bewirkt werden.

Die Tabelle muß mindestens über die letzten vierzehn Verarbeitungsschichten Auskunft geben. Der Name desjenigen, welcher die Eintragungen bewirkt, muß daraus zu ersehen sein.

Von der Führung der Tabelle können einzelne Hütten durch die höhere Verwaltungsbehörde auf Antrag unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs für solche im einzelnen namhaft zu machende Arbeiten entbunden werden, bei denen für die jungen Leute zwischen 14 und 16 Jahren nach der Art dieser Arbeiten in dem betreffenden Betriebe regelmäßig mindestens Pausen von der unter III Ziffer 1 bestimmten Dauer eintreten. Ueber diejenigen Hütten, welche hiernach von der Tabellenführung entbunden sind, hat die höhere Verwaltungsbehörde nach dem anliegenden Muster (Anlage B) ein Verzeichnis zu führen. Ein Auszug aus diesem Verzeichnis, der das abgelaufene Kalenderjahr umfaßt, ist bis zum 1. Februar jedes Jahres durch die Landeszentralbehörde dem Reichskanzler vorzulegen.

VI. In Glashütten, Glasschleifereien und Glasbeizereien sowie in Sandbläsereien muß an einer in die Augen fallenden Stelle eine Tafel ausgehängt werden, welche in deutlicher Schrift die Bestimmungen unter I wiedergibt.

In denjenigen Glashütten, welche von den unter II, III oder IV nachgelassenen Ausnahmen Gebrauch machen, muß diese Tafel außerdem die Bestimmungen unter II bis V enthalten.

Die Vorschriften im § 138 Abs. 2 der Gewerbeordnung und unter Ziffer 6 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 18. Juli 1900 (Reichsgesetzbl. S. 566) bleiben unberührt.

VII. Die vorstehenden Bestimmungen treten am 1. April 1913 in Kraft und an Stelle der Bekanntmachung vom 5. März 1902 und 20. März 1912 (Reichsgesetzbl. S. 65 und Reichsgesetzbl. S. 194). Sie haben für fünf Jahre Gültigkeit.

Diejenigen jungen Leute zwischen 14 und 16 Jahren, welche zur Zeit der Veröffentlichung dieser Bekanntmachung bei den in Ziffer IV Abs. 1 unter a bis c bezeichneten Arbeiten beschäftigt sind, dürfen in der bisherigen Weise weiterbeschäftigt werden.

Anlage A.

Glashütte ....

Tabelle
über Beginn und Ende der Arbeitszeiten und der Pausen für junge Leute.

1	2		3			4		5
Nr. der Schicht	Beginn der Schicht		Pausen			Ende der Schicht		Name desjenigen, welcher die Eintragungen bewirkt
	Datum	Tageszeit	Datum	Tageszeit	Dauer in Minuten	Datum	Tageszeit	
1. Schicht	2. Jan.	1 Uhr nachm.	2./1.	$2^1/_2$—$2^3/_4$ $5^1/_2$—6 9—$9^1/_4$	15 30 15	2./1.	11 Uhr nachm.	

-Bezirk ..... . Anlage B.

Verzeichnis
derjenigen Glashütten, die von der Führung der Tabelle über die Pausen der jungen Leute entbunden sind.

1	3	3	4	5	6	7	8	9
Laufende Nummer der Betriebe und der Bewilligungen	a. Bezeichnung des Betriebs, b. Name des Unternehmers oder Betriebsleiters, c. Belegenheit des Betriebs	Gesamtzahl der in dem Betriebe beschäftigten Arbeiter	Dauer der Arbeitsschichten der erwachsenen männlichen Arbeiter	Datum der Ausnahmebewilligung und Aktenvermerk	Zahl der jungen Leute, für welche die Ausnahme bewilligt ist	Dauer der Arbeitsschichten dieser jungen Leute	Art der Beschäftigung dieser jungen Leute	Bemerkungen

B. Königreich Preussen.

Bei Vertretungen hat der Kreisarzt auch dann Anspruch auf Tagegeld bei Dienstreisen in dem benachbarten Kreise, wenn er an demselben Tage eine Dienstreise in seinem eigenen Amtsbezirke ausführt. Entscheidung der Oberrechnungskammer vom 28. Februar 1913.

Verminderung des Schreibwerks. Erlaß des Ministers des Innern vom 21. Februar 1913 — M. 12313/12 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zur Verminderung des Schreibwerks bestimme ich, daß die durch Erlaß vom 4. September 1903 — M. 13009 — / 14. März 1904 — M. 10456 — Min.-Bl. für Medizinal- pp. Angeleg. S. 334/143 geforderten Berichte über kreisärztliche Ortsbesichtigungen aus Anlaß militärischer Uebungen in Zukunft fortfallen und durch entsprechende Mitteilungen im Jahresgesundheitsbericht ersetzt werden.

C. Fürstentum Waldeck.

Gebühren der Hebammen. Gesetz vom 6. Januar 1913.

§ 1. Die Bezahlung der berufsmäßigen Dienstleistungen der Hebammen erfolgt nach einer von dem Landesdirektor festzusetzenden Gebührenordnung. Vor Festsetzung der Gebührenordnung sind die Kreisvorstände zu hören.

§ 2. Ergeben sich Streitigkeiten über die Höhe einer Gebühr, die von einer von einem Kreise oder einer Gemeinde auf Grund statutarischer Regelung bestellten Bezirkshebamme innerhalb des Hebammenbezirks gefordert wird, oder wird diese Gebühr innerhalb einer angemessenen Frist nicht entrichtet, so setzt der Kreisamtmann nach Anhörung des Kreisphysikus und des Zahlungspflichtigen die Gebühr nach Maßgabe der Gebührenordnung fest. Gegen diese Festsetzung ist binnen zwei Wochen die Beschwerde an den Landesdirektor zulässig. Der Landesdirektor entscheidet endgültig.

Die rechtskräftig festgesetzte Gebühr unterliegt der Beitreibung im Verwaltungszwangsverfahren durch den Kreisamtmann. Hierbei gilt, unbeschadet des Rechts der Hebamme auf die Gebühr, der Kreis als derjenige, auf dessen Rechnung die Zwangsvollstreckung im Sinne des § 3 Abs. 3 und des § 19 der Verordnung, betreffend das Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeträgen, vom 17. Januar 1900 (Reg.-Bl. S. 83) erfolgt.

§ 3. Die zurzeit bestehenden Vorschriften über die Gebühren der Hebammen werden aufgehoben.

§ 4. Dies Gesetz tritt mit dem Tage seiner Veröffentlichung in Kraft.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 8. 20. April. 1913.

Rechtsprechung.

Anforderungen an ein amtsärztliches Zeugnis über den Geisteszustand einer Person. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 12. November 1912.

Gegen die Zulässigkeit des Konflikts sind Bedenken nicht zu erheben, da der Beklagte das angefochtene Gutachten [1]) auf Grund eines Ersuchens des zuständigen Polizeireviers in seiner amtlichen Eigenschaft als Kreisarzt abgegeben hat.

Der Konflikt war aber auch für begründet zu erklären. Es handelt sich in dem jetzigen Verfahren weder um eine Entscheidung daüber, ob die Klägerin zur Zeit der Abgabe des Gutachtens tatsächlich geisteskrank gewesen ist oder nur an einem schweren neurasthenischen Anfall gelitten hat, noch darüber, ob und welchen Schaden die Klägerin durch die Internierung in der Irrenanstalt an ihrer Gesundheit und damit an ihrer Erwerbsfähigkeit erlitten hat. Vielmehr hat sich die Prüfung des Konfliktsrichters lediglich darauf zu beschränken, ob dem Beklagten bei der Erstattung seines Gutachtens eine Ueberschreitung seiner Amtsbefugnisse oder die Unterlassung einer ihm obliegenden Amtshandlung zur Last zu legen ist? Von einer Ueberschreitung der Amtsbefugnisse kann unter den obwaltenden Umständen nicht die Rede sein, da es zu den dienstlichen Obliegenheiten des Kreisarztes gehört, auf Ansuchen der Polizei ein Gutachten über die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken und seine Unterbringung in einer Anstalt abzugeben. Es kann daher nur in Frage kom-

---

[1]) Das Gutachten hatte folgenden Wortlaut:

Kreisarzt-Attest.

Auf dem 13. Revier habe ich heute die unverehelichte A. v. P., 16. V. 1858 in W. geboren, B.-Straße 10 hier wohnhaft, auf ihren Gesundheitszustand untersucht.

Dieselbe soll zuerst auf dem 1. Revier mehrere Personen eines Einbruchs beschuldigt haben; nachdem die Unrichtigkeit der Behauptung der Denunziantin festgestellt, scheint man letztere entlassen zu haben. Um 12 Uhr kam sie in das 13. Revier geeilt und bat um Hilfe gegen Einbrecher, die unten bei der Arbeit wären. Sehr bald wurde die Denunziation wieder als falsch festgestellt. Da aber zugleich an der geistigen Gesundheit der p. v. P. gezweifelt wurde, wurde die Untersuchung derselben durch mich veranlaßt. Trotz Feststellung der Tatsachen behauptet sie mit Bestimmtheit, daß bei einer gewissen N. eingebrochen sei und daß man zu Unrecht die Gauner entlassen habe. Ueber ihr Vorleben gibt sie an, daß sie seit dem 16. Jahre sehr nervös sei und verschiedene Aerzte, auch Prof. J., konsultiert habe. Sie will in P. Psychopathologie studiert haben und hier physiologische Kollegien besuchen. Während der Untersuchung ist sie sehr erregt, bittet, daß man sie entlasse, damit sie ihren Papagei versorge. Ein von ihr verfaßtes Schreiben, welches die Namen aller Gauner B.s enthalten soll, liegt bei.

Nach meinem Gutachten ist die Untersuchte geistesgestört und wegen ihres unruhigen Verhaltens und ihrer falschen Denunziationen gemeingefährlich. Dieselbe muß deshalb nach D. überführt werden.

B., den 15. Januar 1902.

(Unterschrift.)

men, **ob der Beklagte bei der Untersuchung und Begutachtung die ihm durch seine Amtspflicht gebotene Sorgfalt angewendet hat oder nicht?** In dieser Beziehung hat die Klägerin gerügt, daß der Beklagte sie überhaupt nicht ärztlich untersucht, sondern sie nur auf Grund einer flüchtigen Besprechung für gemeingefährlich geisteskrank erklärt habe. Der Beklagte hat dies in Abrede gestellt und behauptet, eine gründliche Untersuchung vorgenommen zu haben.

Ueber die Form und den Inhalt der Gutachten sowie über die Art und Weise der Untersuchung bestehen, soweit die Aufnahme einer geisteskranken Person in eine öffentliche Irrenanstalt in Frage kommt, für die Medizinalbeamten keine besonderen behördlichen Anordnungen. Derartige Vorschriften sind lediglich für die Unterbringung solcher Personen in Privatanstalten durch ministerielle Verfügung vom 26. März 1901 (Min.-Bl. d. inn. Verw.; Jahrg. 1901 S. 104) aufgestellt worden. Da es sich im vorliegenden Falle aber nicht um eine Unterbringung in einer Privatanstalt, sondern in einer öffentlichen Anstalt handelte, so waren die darin gegebenen Vorschriften für den Beklagten an sich nicht maßgebend. Aber auch selbst bei Anwendung dieser Vorschriften gibt das Zeugnis des Beklagten **zu Bemängelungen wesentlicher Art keinen Anlaß.**

Nach § 2 des Ministerialerlasses vom 26. März 1901 soll das Zeugnis des Kreisarztes enthalten

a. die Veranlassung und Zweck seiner Ausstellung,
b. Zeit und Ort der Untersuchung,
c. die dem Untersuchenden gemachten Mitteilungen,
d. die eigenen Wahrnehmungen des Arztes.

Endlich muß das Zeugnis die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf.

Diesen Erfordernissen ist das Gutachten des Beklagten im wesentlichen gerecht geworden.

Die Angaben über **Veranlassung** und **Zweck** sowie über **Zeit** und **Ort** der Untersuchung sind in dem Zeugnis enthalten. Dasselbe führt ferner im Eingange eingehend die Mitteilungen der Beamten des 13. Polizeireviers über diejenigen **Vorgänge** auf, welche zu dem Verdacht der Geistesgestörtheit der Klägerin und zu der Herbeiholung des Kreisarztes geführt haben. Getrennt davon hat sodann der Beklagte seine **eigenen Wahrnehmungen** in ausreichender Weise niedergelegt. Er hat sich von der Klägerin den Inhalt ihrer Verfolgungsvorstellungen erzählen lassen, hat sie über ihr Vorleben befragt und ihre Angaben notiert, hat von ihr ein auf ihre Ideen bezügliches Schriftstück entgegengenommen und auch erwähnt, daß mitten in ihrer Erregtheit eine gewisse Tierliebe zum Ausdruck gekommen sei, indem sie an die Versorgung ihres Papageis gedacht habe. Er hebt auch ihr erregtes Verhalten bei der Untersuchung hervor.

Eine genaue Aufzählung der **Krankheitszeichen**, wie sie der Erlaß fordert, läßt allerdings das Zeugnis vermissen, dadurch wird aber die Brauchbarkeit des Zeugnisses nicht beeinträchtigt, da sich die Krankheitssymptome aus der vorangegangenen Schilderung des objektiven Befundes von selbst ergeben. Dagegen hat der Beklagte die **Notwendigkeit der Aufnahme** in eine Irrenanstalt mit der Unruhe und der Denunziersucht der Klägerin ausreichend begründet.

Die Behauptung der Klägerin, daß der Beklagte eine **Untersuchung** überhaupt nicht vorgenommen habe, muß durch den vorstehend dargelegten Inhalt des Zeugnisses als widerlegt gelten, wobei der Gerichtshof auch in Berücksichtigung gezogen hat, daß sich die Klägerin bei dem Vorfalle in einem Zustande schwerer seelischer Erregung befunden hat, wodurch ihr Vorstellungskreis und damit auch ihr Erinnerungsvermögen in krankhafter Weise beeinflußt gewesen ist.

In Uebereinstimmung mit den eingehend motivierten Gutachten des Kgl. Medizinalkollegiums zu B. und der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ist daher der Gerichtshof zu der Ueberzeugung gelangt, **daß der Beklagte bei der Untersuchung und Begutachtung des Geisteszustandes der Klägerin mit der vom ärztlichen Standpunkt**

aus gebotenen Gewissenhaftigkeit zu Werke gegangen ist. Die seitens der Klägerin gegen die Objektivität der genannten Behörden gerichteten Angriffe sind als unberechtigt zurückzuweisen. Die Tatsache, daß ein Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation Direktor der städt. Irrenanstalt H. ist, vermag den Einwand der Befangenheit der Deputation nicht zu rechtfertigen.

Ist somit nach vorstehenden Darlegungen dem Beklagten aus der Art und Weise der Untersuchung ein Vorwurf nicht zu machen, so kann es sich nur noch fragen, ob er sich bei der Schlußfolgerung, welche er aus dieser Untersuchung auf den Charakter der Krankheit der Klägerin gezogen hat, eines Verstoßes gegen seine dienstlichen Pflichten schuldig gemacht hat. Hierbei ist davon auszugehen, daß nach der ständigen Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts eine bloß irrtümliche Feststellung oder Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse sich noch nicht als eine Verletzung der Amtspflichten darstellt. Selbst wenn der Beklagte sich geirrt hätte und seine Diagnose auf Geisteskrankheit objektiv unrichtig gewesen wäre, kann ihm daraus kein Vorwurf gemacht werden, wenn nach ärztlichen Grundsätzen die Möglichkeit einer derartigen Diagnose auf Grund des tatsächlichen Ergebnisses der Untersuchung nicht ausgeschlossen war. Wie aber von der Wissenschaftlichen Deputation nachgewiesen, konnten nach den Ergebnissen der Untersuchung über das Vorliegen einer Geisteskrankheit zu jener Zeit Zweifel nicht bestehen. Der Beklagte hat sich allerdings in seinem Gutachten nicht darauf beschränkt, das Vorhandensein von Geisteskrankheit anzunehmen, sondern weiter noch ausdrücklich festgestellt, daß die Klägerin gemeingefährlich und deshalb nach D. zu überführen sei. Eine Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken ist im allgemeinen nur dann anzunehmen, wenn ein öffentliches Interesse an der Unterbringung des Geisteskranken in einer Anstalt obwaltet. Das Vorliegen eines solchen wird in allen denjenigen Fällen anzuerkennen sein, wenn von dem Kranken eine Störung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung zu befürchten ist. Auch nach dieser Richtung hin ist kein Anhalt dafür gegeben, daß dem Beklagten bei dem von ihm abgegebenen Urteil eine Pflichtversäumnis zur Last gelegt werden kann. Der Beklagte hat in seinem Atteste die Gemeingefährlichkeit der Klägerin mit ihrem unruhigen Verhalten und den falschen Denunziationen begründet. Was die letzteren anbetrifft, so war der Beklagte berechtigt, die ihm hierüber gemachten Angaben der Polizeibeamten als wahr zu unterstellen. Er hatte keine Verpflichtung, diese Angaben seinerseits nachzuprüfen, zumal dieselben, wie aus dem Inhalt des Attestes hervorgeht, mit seinen persönlichen Wahrnehmungen im wesentlichen übereinstimmten. Daß aber die vorgebrachten Tatsachen zum Nachweise der Gemeingefährlichkeit genügten, hat sowohl das Medizinalkollegium, als auch die Wissenschaftliche Deputation anerkannt. Das Medizinalkollegium hat dabei insbesondere erwogen, daß bei dem Fortbestehen ihrer Verfolgungsvorstellungen die Klägerin jeden Augenblick wieder ähnliche schädliche Handlungen auszuüben in der Lage gewesen wäre. Damit waren die Voraussetzungen für eine Störung der öffentlichen Sicherheit gegeben. War aber die Möglichkeit einer derartigen Annahme nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft nicht ausgeschlossen, so verstieß der Beklagte nicht gegen seine Amtspflichten, wenn er in seinem Gutachten die Gemeingefährlichkeit der Klägerin bezeugte.

Hiernach kann dem Beklagten aus der Ausstellung des Gutachtens vom 15. Januar 1902 der Vorwurf einer Dienstpflichtverletzung nicht gemacht werden und war somit der Konflikt für begründet zu erklären.

Unzulässige Ankündigung von „Probat Marke Bosatis“ (a) und Amol (b) als „sicher wirkende Heilmittel“. Bestrafung wegen unlauteren Wettbewerbes; Berechtigung des zuständigen Medizinalbeamten zur Stellung des Strafantrages. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 11. Januar (a) und 20. Februar (b) 1913.

Der Drogist B. in A. hatte ein Menstruationsmittel „Mittel Probat Marke Bosatis“ in folgender Weise angekündigt: „Frauen, welche bei Störungen schon alles andere erfolglos angewandt, bringt mein glänzend begutachtetes

Mittel sichere Wirkung. Ueberraschender Erfolg selbst in den hartnäckigsten Fällen. Dankschreiben. Unschädlichkeit garantiert." Auf Strafantrag erfolgte seine Verurteilung zu 200 Mark Geldstrafe einmal wegen Zubereitung und Verkaufs nicht freigegebener Heilmittel auf Grund der Kaiserl. Verordnung vom 22. Oktober 1901 über den Verkehr mit Arzneimitteln in Verbindung mit § 367 Abs. 3 Str.G.B. und anderseits wegen Verletzung des § 4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb. Seine Behauptung, daß es sich bei dem Mittel um keine Lösung, sondern um ein „Destillat" aus Wermutkraut, Kümmelkraut, Arnikablättern, Melisse, Pfeffermünzkraut und Weingeist handle, wurde auf Grund der Gutachten der Sachverständigen von der Strafkammer als unzutreffend zurückgewiesen und angenommen, daß Probat ein Gemisch von Kräuterstoffen in weingeistiger Lösung sei, bei dem die als Heilmittel in Betracht kommenden ätherischen Oele unverändert geblieben seien. Außerdem habe der Angeklagte das Mittel als überraschend erfolgreich in seiner Wirkung hingestellt, während es in Wahrheit keine Einwirkung auf Blutstockungen und Periodenstörungen besitze, also für den angegebenen Zweck völlig wertlos sei; er sei sich auch dessen bewußt gewesen, habe demzufolge in der Absicht, den Anschein eines günstigen Angebots hervorzurufen, in den Annoncen wissentlich unwahre und zur Irreführung geeignete Angaben gemacht und hierdurch Aerzte und Apotheker geschädigt. Die von dem Angeklagten beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde von diesem mangels jedes Rechtsirrtums als unbegründet verworfen und das Urteil der Strafkammer des Landgerichts in seinem ganzen Umfange bestätigt.

b. Der Kaufmann Wasmuth in Altona stellt ein Heilmittel her, das er unter der Bezeichnung Amol vertreibt und als „sicher, sofort und stets unter volle Garantie bei Rheumatismus, Gicht, Hexenschuß usw." wirkend ankündigt. Nach dem Urteil der Sachverständigen wirkt aber das Amol, das hauptsächlich aus Karmelitergeist besteht, keineswegs heilend, sondern nur etwas lindernd. Der Angeklagte kannte auch, wie die Strafkammer des Landgerichts feststellte, die Unwirksamkeit des Mittels; er wurde deshalb zu 50 Mark Geldstrafe verurteilt, weil er in der Absicht, den Anschein eines besonders günstigen Angebots zu erwecken, in den Zeitungsinseraten über die Beschaffenheit des Heilmittels unrichtige Angaben gemacht und dadurch die Leser irregeführt habe; Verstoß gegen § 4 des Gesetzes betreffend den unlauteren Wettbewerb und gegen § 20 des Preßgesetzes. — W. legte gegen seine Verurteilung Revision beim Reichsgericht ein mit der Begründung, der Strafantrag des Stadtarzes Dr. Sch. und der Vorsitzenden des Altonaer Aerztevereins sei formell nicht gültig gewesen. Zur Stellung des Strafantrages sei nur ein „gewerblicher Hersteller" von Heilmitteln berechtigt. Stadtarzt Dr. Sch. stelle weder derartige Waren her, noch verkaufe er sie. Bei dem Aerzteverein komme außerdem in Betracht, daß er kein eingetragener Verein sei und deshalb keine Rechtsfähigkeit besitze. Materiell rechtlich wurde geltend gemacht, daß nach den Feststellungen der Vorinstanz Amol ein Hausmittel sei; diese Feststellung schließe es nicht aus, daß das Mittel gut sei. Das Reichsgericht verwarf jedoch die Revision mit der Begründung, daß § 4 des Wettbewerbsgesetzes bedenkenfrei zur Anwendung gekommen sei, da W. über die Wirkung des Heilmittels wissentlich unwahre Angaben gemacht habe. Wenn Zweifel über die Aktivlegitimation des Vorsitzenden des Altonaer Aerztevereins bestehen könnte, so sei doch der Strafantrag des Dr. Sch. rechtsgültig erfolgt.

(Sächsische Korrespondenz.)

Unzulässige Ausstellung antikonzeptioneller Mittel in Schaufenstern. Bestrafung wegen Anpreisung unzüchtiger Gegenstände. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-S.) vom 18. Februar 1913.

Der Drogist Str. in M. war von der Strafkammer des Landgerichts in M. auf Grund des § 184 Abs. 3 Str. G. B. zu 10 Mark Geldstrafe verurteilt, weil er in seinem Schaufenster verschiedene hygienische Waren, u. a. Mutterspritze „Lady's Friend", Einführungsstifte für Sicherheitsovarien und leere Kondoms-Papiermachéhülsen, ausgestellt hatte. Gerichtsseitig war angenommen, daß jeder normale und gesunde Mensch, der diese Waren und Hulsen sieht, etwas Unzüchtiges vermuten und sich in seinem Scham- und Sittlichkeitsempfinden

verletzt fühlen müsste; denn sie würden hauptsächlich zur Verhütung der Folgen des außerehelichen Geschlechtsverkehres, also zu dessen Förderung verwendet. In der Ausstellung der leeren Kondomshülsen sei eine Ankündigung und Anpreisung der Kondoms selbst zu erblicken, da niemand wissen könne, daß sie wirklich leer seien. Die von dem Angeklagten gegen das Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision wurde von ihm damit begründet, daß es sich nur um die Ausstellung von rein hygienischen Mitteln gehandelt habe; auch bei den Kondoms sei die Verwendung zur Verhütung der Empfängnis ein nur ganz unbedeutender Nebenzweck, denn sie würden hauptsächlich bei Fingerverletzungen als Gummifinger benutzt. Desgleichen könne man die leeren Hülsen ebensogut für Taschenspiegelfutterale halten.

Das Reichsgericht verwarf jedoch die Revision und nahm in Uebereinstimmung mit dem Vorurteil das Vorliegen einer unzüchtigen Anpreisung an.
(Sächsische Korrespondenz.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Verhütung von Ruhrerkrankungen auf Truppenübungsplätzen. Erlaß des Ministers des Innern vom 10. März 1913 — M. 10228 — an mehrere Herren Regierungspräsidenten.

Um dem Auftreten von Ruhrerkrankungen auf Truppenübungsplätzen nachhaltig entgegenzuwirken, hat der Herr Kriegsminister die Königlichen Generalkommandos ersucht, dem Gesundheitszustande der Truppe vor dem Ausrücken auf die Uebungsplätze erhöhte Aufmerksamkeit bezüglich etwaiger Ruhrerkrankungen zuzuwenden und den hygienischen Einrichtungen der Plätze, in erster Linie der Beseitigung der Fäkalien und der Bekämpfung der Fliegenplage besondere Sorgfalt angedeihen zu lassen, ferner die Untersuchungen auf Bazillenträger tunlichst schon vor Beginn der Belegung vorzunehmen und hauptsächlich auf die früheren Ruhrkranken, die seinerzeit als Bazillenträger Festgestellten und die nähere Umgebung dieser beiden auszudehnen. Soweit die umliegenden Ortschaften in Frage kommen, wird die Mitwirkung der zuständigen Kreisärzte nachgesucht werden.

Euere Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, die Kreismedizinalbeamten unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 1. Mai 1912 — M. 10773 — gefälligst mit entsprechender Weisung zu versehen. Ueber den Umfang der Feststellungen ist in den Jahresgesundheitsbericht eine kurze Notiz aufzunehmen.

Nachweisung über die im Jahre 1911 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Minister des Innern vom 24. Februar 1913 — M. 11820/12 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ew. pp. übersende ich in der Anlage eine Nachweisung der in Preußen im Jahre 1911 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten, zusammengestellt auf Grund der mir eingereichten berichtigten Jahresnachweisungen, zur gefälligen Kenntnisnahme ergebenst. In der Nachweisung sind auch die Zahlen der Todesfälle an den einzelnen Krankheiten nach den standesamtlichen Sterbekarten verzeichnet.

Bei den meisten Krankheiten ist ein Fortschritt im Meldewesen zu verzeichnen, insofern die Zahlen der polizeilich gemeldeten Todesfälle nicht mehr ganz soweit hinter denen der Standesämter zurückbleiben wie in den Vorjahren. Trotzdem ist der Unterschied noch sehr erheblich, so daß es notwendig sein dürfte, die Beteiligten erneut darauf hinzuweisen, daß die Todesfälle an übertragbaren Krankheiten auch dann anzuzeigen sind, wenn die Erkrankungen bereits angezeigt wurden.

Nach
über die im Preußischen Staate im Jahre 1911 amtlich gemeldeten Fälle von
präsidenten auf den Erlaß vom 4. März 1908 — M. 12544/07 —

Regierungs-bezirke	Aussatz			Diphtherie			Fleckfieber			Genickstarre †)			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. gemeldet sanitätspolizeil.	Todesf. gemeldet standesamtlich	Erkrankungen	Todesf. gemeldet sanitätspolizeil.	Todesf. gemeldet standesamtlich	Erkrankungen	Todesf. gemeldet sanitätspolizeil.	Todesf. gemeldet standesamtlich	Erkrankungen	Todesf. gemeldet sanitätspolizeil.	Todesf. gemeldet standesamtlich	Erkrankungen	Todesf. gemeldet sanitätspolizeil.	Todesf. gemeldet standesamtlich
Königsberg	2	1	1	987	84	142	—	—	—	3	3	3	117	35	30
Gumbinnen	—	—	—	467	56	200	—	—	—	1	—	1	81	31	23
Allenstein	—	—	—	739	122	247	—	—	—	3	3	5	73	14	18
Danzig	—	—	—	927	105	189	—	—	—	1	—	5	161	55	46
Marienwerder	—	—	—	1183	77	277	—	—	—	3	2	3	161	42	36
Berlin (Lanpolizeibez.)	—	—	—	11804	1126	1161	—	—	—	14	12	15	311	124	284
Potsdam	—	—	—	6141	289	518	1	—	—	10	9	12	290	85	124
Frankfurt	—	—	—	3013	170	239	—	—	—	1	—	3	173	39	54
Stettin	—	—	—	3177	166	256	—	—	—	1	1	2	162	37	44
Köslin	—	—	—	1582	99	160	—	—	—	1	1	1	85	21	24
Stralsund	—	—	—	1368	77	125	—	—	—	—	—	—	22	13	18
Posen	—	—	—	1996	153	301	—	—	—	5	4	6	232	67	71
Bromberg	—	—	—	987	74	199	—	—	—	2	1	5	98	29	39
Breslau	1	—	—	2453	159	229	—	—	—	1	—	2	313	105	98
Liegnitz	—	—	—	1854	94	168	—	—	—	2	2	2	193	60	64
Oppeln	—	—	—	2108	385	587	5	—	—	17	13	24	407	102	121
Magdeburg	—	—	—	6459	417	537	—	—	1	7	3	2	139	40	59
Merseburg	—	—	—	4674	306	451	—	—	—	2	2	3	161	95	80
Erfurt	—	—	—	2659	245	288	—	—	—	—	—	1	76	22	19
Schleswig	—	—	—	6601	483	591	—	—	—	5	2	4	207	66	68
Hannover	—	—	—	1982	138	203	—	—	—	4	2	2	80	31	37
Hildesheim	—	—	—	2272	121	176	—	—	—	2	1	—	35	12	18
Lüneburg	—	—	—	2205	153	176	—	—	—	—	—	1	58	14	24
Stade	—	—	—	1196	57	78	—	—	—	1	1	—	74	18	25
Osnabrück	—	—	—	623	47	56	—	—	—	—	—	—	35	11	16
Aurich	—	—	—	351	18	35	—	—	—	—	—	—	16	6	5
Münster	—	—	—	1581	165	198	—	—	—	9	8	11	108	28	40
Minden	—	—	—	1287	83	149	—	—	—	1	—	—	90	32	40
Arnsberg	—	—	—	5485	527	565	—	—	—	26	13	19	350	117	124
Cassel	—	—	—	3232	315	342	—	—	—	1	1	1	183	53	52
Wiesbaden	1	—	—	2660	162	191	—	—	—	*) 6	3	4	131	24	25
Coblenz	—	—	—	1306	113	139	—	—	—	3	2	2	110	24	23
Düsseldorf	—	—	—	5762	396	495	—	—	—	31	15	25	303	106	143
Cöln	—	—	—	3624	251	337	—	—	—	2	—	1	132	34	50
Trier	—	—	—	930	97	155	—	—	—	3	2	2	106	33	49
Aachen	—	—	—	1050	93	126	—	—	—	8	5	6	37	13	15
Sigmaringen	—	—	—	119	5	5	—	—	—	—	—	—	13	4	4
Zusammen	4	1	1	96 839	7428	10291	6	—	1	176	111	173	5323	1642	2010

†) Nach den Sonderberichten der Regierungspräsidenten. *) Darunter 1 Militär-
schen Vororten und 1 vom Militär. [1]) Darunter 655 Ausländer.

weisung

übertragbaren Krankheiten, aufgestellt auf Grund der von den Regierungs- eingereichten berichtigten Jahresnachweisungen.

Körnerkrankheit	Lungen- u. Kehlkopftuberkulose, Todesfälle, sanitätspolizeil. gemeldet	Lungen- u. Kehlkopftuberkulose, Todesfälle, standesamtlich gemeldet	Milzbrand, Erkrankungen	Milzbrand, Todesf., sanitätspolizeil. gemeldet	Milzbrand, Todesf., standesamtlich gemeldet	Pocken, Erkrankungen	Pocken, Todesf., sanitätspolizeil. gemeldet	Pocken, Todesf., standesamtlich gemeldet	Rotz, Erkrankung.	Rotz, Todesfälle, san.-pol. gemeld.	Rotz, Todesfälle, standesamtlich gemeld.	Ruhr, Erkrankungen	Ruhr, Todesf., sanitätspolizeil. gemeldet	Ruhr, Todesf., standesamtlich gemeldet	Scharlach, Erkrankungen	Scharlach, Todesf., sanitätspolizeil. gemeldet	Scharlach, Todesf., standesamtlich gemeldet
737	859	1266	8	—	—	1	1	1	—	—	—	7	—	2	852	44	66
900	225	687	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	643	60	88
2136	881	511	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	819	46	49
845	664	1113	2	—	—	4	2	2	—	—	—	4	1	1	809	81	149
571	236	1144	1	—	—	5	1	1	—	—	—	1	—	10	746	42	184
69	3657	5248	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1	2	9761	455	514
199	1558	2797	11	—	—	7	1	1	—	—	—	63	4	2	5848	154	279
64	782	1744	9	—	—	29	6	6	—	—	—	11	1	5	1704	46	80
214	718	1231	4	—	—	8	1	1	—	—	—	21	8	4	1731	68	155
706	863	724	6	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1228	80	143
68	151	820	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	818	69	84
1689	862	1899	9	1	1	1	—	—	—	—	—	35	3	3	1340	66	161
476	820	1002	3	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	2	1298	96	259
287	2358	3529	6	2	2	62	4	4	—	—	—	294	37	32	8895	83	114
81	981	1735	9	1	—	21	8	3	—	—	—	35	18	21	1831	55	66
[1]) 904	1935	3948	5	—	1	11	1	1	—	—	—	18	2	4	8929	506	827
123	1118	1747	4	—	1	18	8	8	—	—	—	18	1	7	2360	88	108
275	958	1474	8	2	1	9	1	1	—	—	—	4	2	36	2727	114	140
14	417	683	2	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	890	29	36
76	1267	1989	23	5	5	10	1	1	—	—	—	12	2	1	2658	80	85
37	605	1110	3	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	4	1260	47	89
69	556	859	9	1	1	9	4	4	—	—	—	—	—	4	1881	24	47
24	402	655	7	—	—	1	—	—	1	1	1	4	—	12	870	20	28
16	354	621	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	908	27	36
8	436	690	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	472	26	19
2	**)238	408	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	***)158	3	2
260	1195	1635	15	—	—	—	—	—	—	—	—	87	2	8	1973	165	187
16	604	1172	9	1	1	—	—	—	—	—	—	20	2	4	848	26	28
555	3207	3759	2	—	—	—	—	—	—	—	—	82	6	7	8037	469	491
14	1181	1488	13	3	4	12	—	—	—	—	—	15	8	9	1777	75	86
14	1481	2049	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	2179	41	62
11	769	1252	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	957	35	51
115	4233	5544	6	2	1	5	1	1	—	—	—	148	13	19	6896	264	346
17	1600	2318	8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	2977	50	68
2	1190	1772	1	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	1007	29	48
10	630	992	6	—	—	—	—	—	—	—	—	22	8	10	1507	36	51
—	58	109	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	66	2	3
11 604	**38 484**	**61 219**	**197**	**20**	**19**	**230**	**30**	**30**	**2**	**2**	**1**	**887**	**114**	**220**	**80 660**	**3616**	**5114**

person. **) Darunter 9 aus oldenburgischen Vororten. ***) Darunter 5 aus oldenburgi-

Nach

über die im Preußischen Staate im Jahre 1911 amtlich gemeldeten Fälle von präsidenten auf den Erlaß vom 4. März 1908 — M. 12544/07 —

Regierungsbezirke	Aussatz			Diphtherie			Fleckfieber			Genickstarre †)			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet
Königsberg	2	1	1	987	84	142	—	—	—	3	3	3	117	35	30
Gumbinnen	—	—	—	467	56	200	—	—	—	1	—	1	81	31	23
Allenstein	—	—	—	739	122	247	—	—	—	3	3	5	73	14	18
Danzig	—	—	—	927	105	189	—	—	—	1	—	5	161	55	46
Marienwerder	—	—	—	1183	77	277	—	—	—	3	2	3	161	42	36
Berlin (Lan-polizeibez.)	—	—	—	11804	1126	1161	—	—	—	14	12	15	311	124	284
Potsdam	—	—	—	6141	289	518	1	—	—	10	9	12	290	85	124
Frankfurt	—	—	—	3013	170	239	—	—	—	1	—	3	173	39	54
Stettin	—	—	—	3177	166	256	—	—	—	1	1	2	162	37	44
Köslin	—	—	—	1582	99	160	—	—	—	1	1	1	85	21	24
Stralsund	—	—	—	1368	77	125	—	—	—	—	—	—	22	13	18
Posen	—	—	—	1996	153	301	—	—	—	5	4	6	232	67	71
Bromberg	—	—	—	987	74	199	—	—	—	2	1	5	98	29	39
Breslau	1	—	—	2453	159	229	—	—	—	1	—	2	313	105	98
Liegnitz	—	—	—	1854	94	168	—	—	—	2	2	2	193	60	64
Oppeln	—	—	—	2103	385	587	5	—	—	17	13	24	407	102	121
Magdeburg	—	—	—	6459	417	537	—	—	1	7	3	2	139	40	59
Merseburg	—	—	—	4674	306	451	—	—	—	2	2	3	161	95	80
Erfurt	—	—	—	2659	245	288	—	—	—	—	—	1	76	22	19
Schleswig	—	—	—	6601	483	591	—	—	—	5	2	4	207	66	68
Hannover	—	—	—	1982	138	203	—	—	—	4	2	2	80	31	37
Hildesheim	—	—	—	2272	121	176	—	—	—	2	1	—	35	12	18
Lüneburg	—	—	—	2205	153	176	—	—	—	—	—	1	58	14	24
Stade	—	—	—	1196	57	78	—	—	—	1	1	—	74	18	25
Osnabrück	—	—	—	623	47	56	—	—	—	—	—	—	35	11	16
Aurich	—	—	—	351	18	35	—	—	—	—	—	—	16	6	5
Münster	—	—	—	1581	165	198	—	—	—	9	8	11	108	28	40
Minden	—	—	—	1287	83	149	—	—	—	1	—	—	90	32	40
Arnsberg	—	—	—	5485	527	565	—	—	—	26	13	19	350	117	124
Cassel	—	—	—	3232	315	342	—	—	—	1	1	1	183	53	52
Wiesbaden	1	—	—	2660	162	191	—	—	—	*) 6	3	4	131	24	25
Coblenz	—	—	—	1306	113	139	—	—	—	3	2	2	110	24	23
Düsseldorf	—	—	—	5762	396	495	—	—	—	31	15	25	303	106	143
Cöln	—	—	—	3624	251	337	—	—	—	2	—	1	132	34	50
Trier	—	—	—	930	97	155	—	—	—	3	2	2	106	33	49
Aachen	—	—	—	1050	93	126	—	—	—	8	5	6	37	13	15
Sigmaringen	—	—	—	119	5	5	—	—	—	—	—	—	13	4	4
Zusammen	4	1	1	96 839	7428	10291	6	—	1	176	111	173	5323	1642	2010

†) Nach den Sonderberichten der Regierungspräsidenten. *) Darunter 1 Militär-
schen Vororten und 1 vom Militär. [1]) Darunter 655 Ausländer.

weisung

übertragbaren Krankheiten, aufgestellt auf Grund der von den Regierungs-eingereichten berichtigten Jahresnachweisungen.

Körnerkrankheit	Lungen- u. Kehlkopftuberkulose, Todesfälle gemeldet, sanitätspolizeil.	Lungen- u. Kehlkopftuberkulose, Todesfälle gemeldet, standesamtlich	Milzbrand, Erkrankungen	Milzbrand, Todesf. gemeldet, sanitätspolizeil.	Milzbrand, Todesf. gemeldet, standesamtlich	Pocken, Erkrankungen	Pocken, Todesf. gemeldet, sanitätspolizeil.	Pocken, Todesf. gemeldet, standesamtlich	Rotz, Erkrankung.	Rotz, Todesfälle gemeld., san.-pol.	Rotz, Todesfälle gemeld., standesamtlich	Ruhr, Erkrankungen	Ruhr, Todesf. gemeldet, sanitätspolizeil.	Ruhr, Todesf. gemeldet, standesamtlich	Scharlach, Erkrankungen	Scharlach, Todesf. gemeldet, sanitätspolizeil.	Scharlach, Todesf. gemeldet, standesamtlich
737	859	1266	3	—	—	1	1	1	—	—	—	7	—	2	852	44	66
900	225	687	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	643	60	83
2136	881	511	3	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4	819	46	49
845	664	1113	2	—	—	4	2	2	—	—	—	4	1	1	809	81	149
571	236	1144	1	—	—	5	1	1	—	—	—	1	—	10	746	42	184
69	3657	5248	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	1	2	9761	455	514
199	1553	2797	11	—	—	7	1	1	—	—	—	63	4	2	5848	154	279
64	782	1744	9	—	—	29	6	6	—	—	—	11	1	5	1704	46	80
214	713	1231	4	—	—	8	1	1	—	—	—	21	8	4	1731	68	155
706	863	724	6	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1228	80	143
68	151	820	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—	1	818	69	84
1689	862	1899	9	1	1	1	—	—	—	—	—	35	3	3	1340	66	161
476	820	1002	3	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	2	1298	96	259
287	2358	3529	6	2	2	62	4	4	—	—	—	294	37	32	8895	83	114
81	981	1735	9	1	—	21	3	3	—	—	—	35	18	21	1831	55	66
[1]) 904	1935	3948	5	—	1	11	1	1	—	—	—	18	2	4	3929	506	827
123	1118	1747	4	—	1	18	3	3	—	—	—	18	1	7	2360	83	108
275	958	1474	8	2	1	9	1	1	—	—	—	4	2	36	2727	114	140
14	417	683	2	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	890	29	36
76	1267	1989	23	5	5	10	1	1	—	—	—	12	2	1	2658	80	85
37	605	1110	3	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	4	1260	47	39
69	556	859	9	1	1	9	4	4	—	—	—	—	—	4	1381	24	47
24	402	655	7	—	—	1	—	—	1	1	1	4	—	12	870	20	28
16	354	621	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	908	27	36
8	436	690	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	472	26	19
2	**)238	408	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	***)158	3	2
260	1195	1635	15	—	—	—	—	—	—	—	—	37	2	3	1973	165	187
16	604	1172	9	1	1	—	—	—	—	—	—	20	2	4	848	26	28
555	3207	37[illegible]9	2	—	—	—	—	—	—	—	—	82	6	7	8037	469	491
14	1181	1488	13	3	4	12	—	—	—	—	—	15	8	9	1777	75	86
14	1481	2049	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	2179	41	62
11	769	1252	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	957	35	51
115	4233	5544	6	2	1	5	1	1	—	—	—	148	13	19	8896	264	346
17	1600	2318	8	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	2977	50	68
2	1190	1772	1	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	1007	29	48
10	630	992	6	—	—	—	—	—	—	—	—	22	8	10	1507	36	51
—	58	109	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	66	2	3
11 604	**38 484**	**61 219**	**197**	**20**	**19**	**230**	**30**	**30**	**2**	**2**	**1**	**887**	**114**	**220**	**80 660**	**3616**	**5114**

person. **) Darunter 9 aus oldenburgischen Vororten. ***) Darunter 5 aus oldenburgi-

Nachweisung

über die im Preußischen Staate im Jahre 1911 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten usw.

Trichinose			Typhus ††)			Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung			Spinale Kinderlähmung			Regierungsbezirke
Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	
—	—	—	2) 274	32	40	17	—	—	5	—	1	Königsberg
—	—	—	3) 243	23	1 21	8	—	—	1	—	—	Gumbinnen
—	—	—	117	9	14	6	—	—	—	—	—	Allenstein
—	—	—	708	114	111	1	—	—	—	—	—	Danzig
37	4	4	464	57	87	8	—	—	—	—	—	Marienwerder
—	—	1	529	78	3 84	—	—	6	15	2	1	Berlin (Land.-Polizeibez.)
—	—	—	812	95	1 107	7	—	—	5	—	—	Potsdam
—	—	—	4) 343	53	55	22	3	1	2	—	—	Frankfurt
—	—	—	483	50	62	—	—	1	1	—	—	Stettin
—	—	—	241	27	31	5	—	—	2	—	1	Köslin
—	—	—	71	9	11	—	—	—	—	—	—	Stralsund
32	1	1	479	64	86	2	—	—	—	—	—	Posen
—	—	—	808	78	111	3	1	1	—	—	1	Bromberg
—	—	—	726	115	123	3	1	2	2	—	—	Breslau
—	—	—	345	45	61	—	—	1	1	1	1	Liegnitz
—	—	—	488	70	75	—	—	—	13	—	—	Oppeln
—	—	—	511	63	91	5	—	—	—	—	2	Magdeburg
—	—	-	863	124	117	5	—	—	—	—	2	Merseburg
—	—	—	492	57	1 69	100	—	—	—	—	—	Erfurt
—	—	—	5) 451	32	50	3	—	1	49	4	3	Schleswig
—	—	—	175	30	43	1	1	—	—	—	—	Hannover
—	—	—	454	29	42	108	1	1	1	—	—	Hildesheim
—	—	—	161	16	19	1	—	—	—	—	—	Lüneburg
—	—	—	136	19	19	—	—	—	1	—	—	Stade
—	—	—	6) 160	10	17	3	2	2	2	—	1	Osnabrück
—	—	—	7) 49	3	3	—	—	—	—	—	—	Aurich
—	—	—	1019	113	116	5	—	—	3	2	—	Münster
—	—	—	214	26	3 26	64	—	—	2	1	1	Minden
—	—	—	8) 1074	135	155	16	1	1	11	4	6	Arnsberg
—	—	—	322	53	50	2	1	—	1	1	3	Cassel
—	-	—	443	49	47	—	—	1	1	1	1	Wiesbaden
—	—	—	402	45	44	—	—	—	2	1	2	Koblenz
—	—	—	9) 1981	262	1 282	12	2	—	2	—	3	Düsseldorf
—	—	—	273	28	33	16	1	—	4	1	4	Cöln
—	—	—	731	10	113	—	—	2	—	—	2	Trier
—	—	—	336	44	46	34	1	—	1	—	1	Aachen
—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	-	—	Sigmaringen
69	5	6	17 381	2067	10 2462	457	15	20	127	18	36	zusammen

††) Die kleinen Zahlen bedeuten Paratyphus und sind in den Hauptzahlen mit enthalten. 2) Darunter 3 Pararatyphusfälle. 3) Darunter 1 Paratyphusfall. 4) Darunter 3 Paratyphusfälle. 5) Darunter 7 Paratyphusfälle. 6) Darunter 41 (1) Paratyphusfälle. 7) Darunter 23 Paratyphusfälle und 4 vom Militär. 8) Darunter 44 (7) Paratyphusfälle. 9) Darunter 15 (2) Paratyphusfälle.

Mängel in gewerblichen Küchenbetrieben. Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe, des Innern und der öffentlichen Arbeiten — M. f. H. III 8561, M. d. Inn. IIe 151, M. d. ö. A. IIIB 8.92 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Verband deutscher Köche hat in Gemeinschaft mit dem internationalen Verbande der Köche kürzlich erneut über Mängel in den Küchen der Hotels, der Restaurants und anderer gewerblicher Betriebe Klage geführt. Nach den Darlegungen der genannten Verbände sollen zahlreiche gewerbliche Küchen den Anforderungen der Nahrungsmittelhygiene insofern nicht entsprechen, als sie von den Aufwaschräumen, Bedürfnisanstalten und ähnlichen Nebengelassen ungenügend abgetrennt sind, ausreichender Waschvorrichtungen und Spucknäpfe ermangeln oder schlecht unterhaltene Fußböden, Wände und Decken aufweisen. Vom Gesichtspunkte des Arbeiterschutzes wird über ungenügende Höhe, übermäßige Erhitzung, mangelhafte Lüftung und Belichtung mancher Arbeitsräume und über das Fehlen von Sitzgelegenheiten und Umkleideräumen geklagt. Endlich sollen bei einem Teil des Personals übermäßig lange Arbeitszeiten vorkommen.

Nach den Erhebungen, die im Verfolg des Erlasses vom 31. Mai 1900 (B 3472 HM., IIa 4133 M. d. I., M 6352 M. d. g. A.) veranstaltet worden sind, können diesse Beschwerden nicht durchweg als unbegründet bezeichnet werden. Auch neuere Ermittelungen haben gezeigt, daß manche gewerblichen Küchenbetriebe Mängel aufweisen, die ein behördliches Einschreiten geboten erscheinen lassen. Die festgestellten Mißstände sind jedoch weder überall dieselben, noch überhaupt so weit verbreitet, daß der Erlaß allgemeiner, auf alle Betriebe anwendbarer Verordnungen ins Auge zu fassen wäre. Es wird vielmehr genügen, daß die Polizeibehörden und Gewerbeaufsichtsbeamten den gewerblichen Küchenräumen ihre Aufmerksamkeit zuwenden und hervortretenden Mißständen auf Grund ihrer gesetzlichen Befugnisse von Fall zu Fall nachdrücklich entgegentreten.

Die zum Schutze der Arbeiter erforderlichen Maßnahmen sind, sofern nicht schon die geltenden Baupolizeiverordnungen eine Handhabe zum Einschreiten bieten, auf Grund der §§ 120a bis 120d der Gew.-O. anzuordnen. Soweit bauliche Mängel in Frage kommen, ist es in erster Linie wichtig, schon der Anlage ungenügender Räumlichkeiten entgegenzutreten. Es erscheint daher wünschenswert, daß die Baugesuche für gewerbliche Küchen und die Anträge auf Gast- und Schankwirtschaftserlaubnis von den Polizeibehörden zunächst den Gewerbeaufsichtsbeamten zur Prüfung vorgelegt werden. Etwaigen Anständen wird, sofern die Gesuchsteller sie nicht gutwillig aus dem Wege räumen, im Bauerlaubnisverfahren durch Androhung künftiger gewerbepolizeilicher Verfügungen, in dem Verfahren nach § 114 des Zuständigkeitsgesetzes durch Erhebung des Widerspruchs der nötige Nachdruck zu geben sein. — Außerdem müssen die bereits vorhandenen gewerblichen Küchen daraufhin beobachtet werden, daß die Arbeiter gegen Gesundheitsgefahren soweit geschützt werden, wie es die Natur des Betriebs gestattet. Gelegenheit zu dieser Kontrolle wird sich bei den wiederkehrenden Revisionen der Gast- und Schankwirtschaften finden, die durch die Anweisung vom 12. März 1902 (HMBl. S. 159) vorgeschrieben sind. Aber auch die Gewerbeaufsichtsbeamten werden diese Aufgabe nicht vernachlässigen dürfen.

Zur Bekämpfung von Mängeln der Nahrungsmittelhygiene sind die Polizeibehörden nach § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 zuständig. Ihrem Eingreifen sind in dieser Richtung allerdings nach der Rechtsprechung der obersten Gerichtshöfe (vgl. Entsch. des OVG. Bd. 5, S. 286, Preuß. VerwBl. Bd. XII. S. 600, Entsch. des Kammmergerichts Bd. XXI C. 62) insofern enge Grenzen gezogen, als bauliche Aenderungen gegenüber konzessionierten Gast- und Schankwirtschaften nachträglich nicht angeordnet werden können. Umsomehr ist es Aufgabe der Polizeibehörden, dafür zu sorgen, daß die Forderungen der Nahrungsmittelhygiene bei neuen Anlagen schon vor Erteilung der Bauerlaubnis, spätestens aber im Wirtschaftskonzessionsverfahren Beachtung finden.

Einer übermäßigen Ausdehnung der Arbeitszeit endlich ist, soweit es sich um Köche, Kochlehrlinge oder mit dem Fertigmachen kalter Speisen beschäftigte Personen handelt, auf Grund der Bekanntmachung vom

28. Januar 1902 (RGBl. S. 38)[1]) entgegenzutreten. Sollten auch bei dem übrigen Küchenpersonal Arbeitszeiten beobachtet werden, die durch ihre Dauer die Gesundheit der Arbeiter gefährden, so wird auf Grund des § 120f der GewO. Abhilfe zu schaffen sein.

Wir ersuchen Sie, die Ihnen nachgeordneten Behörden mit entsprechender Anweisung zu versehen.

Abgabe von Giften an Dentisten. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. April 1918 — M. 5215 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1910 (Bd. 57 S. 341 ff.) sind mehrfach Zweifel über die Anwendung des Ministerialerlasses vom 27. Oktober 1906 — M. 7014 —, betreffend die Abgabe von Giften an Dentisten (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 463)[2]), hervorgetreten.

Nach eingehender Prüfung erscheint der in diesem Erlasse aufgestellte Satz, „daß eine Lieferung von Giften aus den Gifthandlungen an die Zahntechniker nicht zulässig ist," aus den in jener Entscheidung angeführten Gründen in dieser Allgemeinheit nicht haltbar. Es ist vielmehr anzuerkennen, daß nach § 12 der Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906 über den Handel mit Giften (Min.-Bl. für Med.-Ang. S. 115)[3]) auch Dentisten zum Giftbezug berechtigt sind, soweit sie als zuverlässig bekannt sind und das Gift zu einem erlaubten gewerblichen Zweck verwenden wollen.

Zum Begriff der Zuverlässigkeit gehört indes nicht nur, wie das Oberverwaltungsgericht in seiner Entscheidung annimmt, die mit diesem Worte bezeichnete Charaktereigenschaft, sondern auch das Vorhandensein derjenigen Kenntnisse, die eine ordnungsmäßige Verwendung des Giftes gewährleisten. Ob diese letztere Voraussetzung bei einem Dentisten vorliegt, wird der Gifthändler in den meisten Fällen nicht beurteilen können; daraus folgt für ihn die Verpflichtung, Gifte an Dentisten in der Regel nur gegen polizeilichen Erlaubnisschein abzugeben. Die Polizeibehörde wird die Frage, ob der Dentist zuverlässig ist, nach Lage des einzelnen Falles zu prüfen haben. Dentisten, die eine ihrem Berufe entsprechende ordnungsmäßige Ausbildung genossen und sich in der praktischen Tätigkeit bewährt haben, werden in der Regel als zuverlässig anzusehen sein; im Zweifelsfalle ist ein Gutachten des Kreisarztes darüber herbeizuführen.

Als erlaubte gewerbliche Tätigkeit im Sinne des § 12 a. a. O. kann indes die Ausübung der Zahnheilkunde durch Dentisten nur insoweit gelten, als sie nicht im Widerspruch mit anderen Normen des öffentlichen Rechtes steht. Nach dieser Richtung kommen insbesondere die Vorschriften vom 22. Juni 1896, betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel usw. (Min.-Bl. d. i. V. S. 123)[4]), die das Oberverwaltungsgericht in jener Entscheidung, wie die Gründe zeigen, bewußt aus seiner Erörterung ausgeschieden hat, in Betracht. Denn diese Vorschriften haben, indem sie die Abgabe gewisser Zubereitungen als Heilmittel ohne Rezept eines Arztes verbieten, offensichtlich den Zweck, zu verhindern, daß diese Zubereitungen ohne Rezept als Heilmittel verwandt werden. Eine Heiltätigkeit, die ohne ärztliches Rezept diese Zubereitung als Heilmittel verwendet, kann daher nicht als erlaubt im Sinne des § 12 der Gift-Polizeiverordnung angesehen werden. Die Polizeibehörde kann mithin auch nicht entsprechend dem vorgeschriebenen Wortlaut des Erlaubnisscheins die Bescheinigung ausstellen, daß gegen das Vorhaben eines Dentisten, diese Zubereitungen als Heilmittel zu verwenden, „nach stattgefundener Prüfung nichts zu erinnern sei" (vergl. § 16 der Giftpolizeiverordnung). Demnach werden Erlaubnisscheine für solche in jenen Vorschriften aufgeführte Gifte, die für die unmittbare Verwendung als Heilmittel an einzelnen Patienten bestimmt sind, den Dentisten zu versagen sein. Zu diesen Giften gehören in erster Linie Kokain und Arsen nebst ihren Zubereitungen. Dagegen, daß den Dentisten der Bezug dieser Gifte auf diese Weise unmöglich gemacht wird, bestehen sachliche Bedenken um so weniger, als ihnen nach sachverständigem Gutachten geeignete Ersatzpräparate zur Verfügung stehen.

---

[1]) Siehe Rechtsprechung u. Med.-Gesetzgebung; Jahrgang 1902, S. 38. [2]) Desgl. Jahrg. 1906, S. 229. [3]) Jahrg. 1906, S. 34. [4]) S. 129.

Ich ersuche die Polizeibehörden anzuweisen, hiernach in Zukunft zu verfahren und die Apotheker und Drogisten ihres Bezirks in geeigneter Weise auf die Rechtslage hinzuweisen. Verwaltungsgerichtliche Entscheidungen, die der vorstehenden Auffassung widersprechen, sind mit den zulässigen Rechtsmitteln anzugreifen. Falls eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts herbeigeführt wird, ist mir dies rechtzeitig anzuzeigen.

Die erforderlichen Ueberdrucke für die Landräte und die Polizeiverwaltungen der Stadtkreise sind beigefügt.

B. Großherzogtum Hessen.

Die Behandlung der sogen. Bazillenträger und Dauerausscheider. Ausschreiben des Ministeriums des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege vom 5. Februar 1913 — an die Großherzoglichen Kreisgesundheitsämter.

In den Polizeiverordnungen der Kreise über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten der Menschen ist auf die Rolle, die die sogen. Bazillenträger und Dauerausscheider bei der Verbreitung derartiger Krankheiten spielen, nicht oder nur beiläufig Rücksicht genommen. Der Stand unserer Kenntnisse gestattet uns zur Zeit nicht, die Frage erschöpfend zu regeln, ganz abgesehen von der Schwierigkeit, die bei bestimmten Infektionskrankheiten durch die Zahl der Bazillenträger und bei anderen durch die Dauer der Bazillenausscheidung bedingt wird. Immerhin ist es geboten, mehr als bisher auf die Bazillenträger und Dauerausscheider zu achten.

Bei Genickstarre kommt die Untersuchung der Umgebung des Kranken auf Krankheitserreger in Betracht, bei Diphtherie die bakteriologische Untersuchung des Rachensekrets bei genesenen Kindern, bevor sie die Schule wieder besuchen, und bei Unterleibstyphus die Ermittelung der Dauerausscheider und ihre Fernhaltung aus allen Zweigen des Nahrungsmittelgewerbes, durch die erfahrungsgemäß Unterleibstyphus verbreitet werden kann.

Die preußischen Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten der Menschen bestimmen, daß die Absonderung von Typhuskranken nicht eher aufzuheben ist, als bis die Stuhlentleerungen und der Urin der Kranken bei 2, durch den Zeitraum einer Woche von einander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Typhusbazillen sich erwiesen haben. Ist dies jedoch nach Ablauf von 10 Wochen vom Beginn der Krankheit an gerechnet noch nicht der Fall, so ist eine Absonderung zwar aufzuheben, der Genesene aber wie ein Bazillenträger zu behandeln, d. h. er ist auf die Gefahr aufmerksam zu machen, die er für seine Umgebung bildet, und es sind ihm die entsprechenden Anweisungen zur Bekämpfung dieser Gefahr mitzuteilen.

In Uebereinstimmung hiermit beauftragen wir Sie, die leitenden Aerzte der in Ihrem Kreise vorhandenen Krankenhäuser aufzufordern, vor der Entlassung eines an Unterleibstyphus Genesenen durch 2, um 8 Tage auseinanderliegende Untersuchungen festzustellen, ob noch Typhusbazillen mit dem Stuhlgang oder Urin ausgeschieden werden. Fällt die Untersuchung positiv aus, so soll der Krankenhausaufenthalt, wenn möglich, bis auf 10 Wochen ausgedehnt werden. Hält die Ausscheidung von Typhusbazillen auch dann noch an, so soll Anzeige an Sie erstattet werden.

Bei Typhuskranken, die (ausnahmsweise) in ihrer Wohnung behandelt werden, haben Sie bakteriologische Untersuchungen von Stuhlgang und Urin unter Mitwirkung des behandelnden Arztes zu veranlassen.

Die Dauerausscheider von Typhusbazillen sind durch Sie und die behandelnden Aerzte auf die Notwendigkeit gründlicher Reinigung der Analgegend und sorgfältiger Händewaschung nach jeder Stuhlentlehrung hinzuweisen. Auf die Beschaffenheit der Aborte, die von Dauerausscheidern benutzt zu werden pflegen, muß geachtet werden. Die Desinfektion der Stuhlgänge muß, wenn möglich, mindestens in der ersten Zeit nach der Genesung fortgesetzt werden. Dazu empfiehlt sich die Verwendung von Chlorkalk oder von gebranntem Kalk, der dem Stuhlgang unter Beigabe von Wasser zugesetzt wird. Bei Unbemit-

telten müssen die Kosten für die Desinfektionsmittel aus öffentlichen Mitteln bestritten werden.

Dauerausscheider sollen in Molkereien und Milchhandlungen, in Gemüse- und Obstgeschäften, Bäckereien und Metzgereien und in Logierhäusern nicht beschäftigt werden. Im übrigen bestimmen die Umstände des Einzelfalles die erforderlichen Maßregeln.

In sogen. „Typhushäusern" ist durch systematische Untersuchung auf Bazillenträger zu fahnden. Selbstverständlich ist darauf zu achten, daß bei den Untersuchungen jede Verwechslung oder Unterschiebung des Untersuchungsmaterials ausgeschlossen wird. Nötigenfalls kann kurzzeitige Aufnahme in ein Krankenhaus in Frage kommee.

Die Untersuchung des Stuhlgangs, erforderlichenfalls auch des Urins ist in entsprechenden Zeiträumen zu wiederholen.

Absonderung der Dauerausscheider von Typhusbazillen wird nur ganz ausnahmweise unter ganz bestimmten Umständen in Frage kommen. Wenn der Kranke während der Absonderung nicht aus öffentlichen Mitteln verpflegt wird, muß ihm nachweisbar entgangener Arbeitsverdienst ersetzt werden.

Wenn die erforderlichen Vorsichtsmaßregeln auf Widerstand stoßen, muß ihre Durchführung nötigenfalls durch das zuständige Großh. Kreisamt durch Polizeibefehl erzwungen werden. Es kann auch die Ergänzung der geltenden Polizeiverordnungen etwa in folgender Form erwogen werden:

Personen, die die Erreger übertragbarer Krankheiten ausscheiden, ohne selbst krank oder noch krank zu sein (die sogen. Bazillenträger und Dauerausscheider), dürfen nicht in Gewerbebetrieben beschäftigt werden, bei denen die Gefahr naheliegt, daß durch die Tätigkeit der genannten Personen im Betrieb die Krankheit verbreitet wird (z. B. Molkereien, Milchwirtschaften und Milchgeschäften, Gemüse- und Obsthandlungen, Bäckereien, Metzgereien, Logierhäusern).

Bazillenträger und Dauerausscheider sind verpflichtet, sich den Untersuchungen zu unterwerfen, die zur Kontrolle ihres Zustandes erforderlich sind und die Maßnahmen zu befolgen, die ihnen zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit auferlegt werden.

Für nachweisbaren Verlust an Arbeitsverdienst sind sie während behördlich angeordneter Absonderung zu entschädigen, wenn sie nicht während dieser Zeit aus öffentlichen Mitteln verpflegt werden. Unbemittelten sind die notwendigen Desinfektionsmittel aus öffentlichen Mitteln zu liefern.

Ferner kann die Milchverkaufsordnung in der Weise ergänzt werden, daß hinter die Bestimmung des Musterentwurfs:

> Personen, die an ansteckenden Krankheiten leiden . . ., sowie Personen, die mit derartig Erkrankten in Berührung kommen, sind vom Melken usw. ausgeschlossen,

der Zusatz gemacht wird:

> Das gleiche Verbot gilt für Personen, die die Erreger von Unterleibstyphus ausscheiden, ohne krank oder noch krank zu sein. —

Ueber die Erfahrungen, die Sie über die Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Bazillenträger und Dauerausscheider machen, und über die Maßnahmen, die Sie zur Verhütung der Verbreitung anordnen, wollen Sie in den Monatsberichten über das Vorkommen von Infektionskrankheiten sich äußern.

Weiter wollen Sie Ihr Augenmerk darauf richten, daß in Molkereien und größeren Milchhandlungen die Aborte in einwandfreiem Zustande sich befinden, und daß in den Betrieben für Waschgelegenheit, Seife und Handtuch ausreichend gesorgt ist. Die Durchführung der Anordnung ist durch die Aufsichtsbeamten der Gewerbepolizei zu beaufsichtigen. Es bleibt Ihnen überlassen, wegen der Beaufsichtigung die erforderlichen Anträge an zuständiger Stelle zu stellen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 9. 5. Mai. 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Einführung von Leichen in Rußland. Erlaß des Ministers des Innern vom 14. März 1913 — II d 289 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Leichen dürfen zum Zwecke der Beerdigung in Rußland nur mit besonderer Erlaubnis des Chefs desjenigen Gouvernements, in dem die Beerdigung stattfinden soll, bezw. des Stadthauptmanns, wenn der Beerdigungsort sich in einer einem solchen unterstellten Stadt befindet, eingeführt werden. Die Aufsicht über die Einhaltung dieser Vorschrift liegt den Zollämtern ob. Sodann sind Leichen, die aus dem Ausland nach Rußland zur Beerdigung gebracht werden, in einen festverlöteten doppelten Metallsarg einzuschließen. Die Einhaltung dieser Vorschrift wird von der zuständigen russischen Gesandtschaft oder Konsularbehörde bescheinigt. Zwecks Einführung eines gleichartigen zollamtlichen Verfahrens beim Durchlaß von Leichen sind die russischen Zollämter angewiesen worden, hierbei, unter Beteiligung der örtlichen Gendarmeriebeamten, Urkunden nach folgendem Muster aufzunehmen.

Urkunde: Datum. Gemäß Artikel 727 des Medizinalreglements haben die Beamten du jour im Zollsaal . . . . des Zollamts . . . . den am heutigen Tage aus dem Ausland eingegangenen Sarg mit der Leiche von . . . . (Vor- und Familienname), verstorben in . . . ., zu deren Durchlaß nach Rußlang die Erlaubnis von . . . ., am . . . . 19 . ., sub. Nr. . . . . . erteilt worden ist, besichtigt, wobei festgestellt wurde, daß dieser Sarg begleitet ist von einem offenen Schein, ausgestellt von . . . . am . . . . 19 . ., sub. Nr. . . . . ., der zeugt, daß der Tod von . . . . . . eingetreten ist an (Namen der Krankheit), daß die Leiche in einem festverlöteten doppelten Metallsarg, der mit einem Bande umbunden und mit dem Siegel von . . . . versiegelt ist, eingeschlossen und daß dem Weitertransporte der Leich nichts im Wege steht. Nach erfolgter Besichtigung ist der Sarg mit dem Siegel des Zollamts . . . . und des Chefs der . . . . . . Gendarmerie-Polizei-Verwaltung versiegelt und weiterbefördert worden.

B. Königreich Bayern.

Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1912. Erlaß des Ministers des Innern vom 2. April 1913.

Auf die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern vom 4. November 1912 ergeht nach Einvernahme des Königl. Obermedizinalausschusses nachstehender Bescheid:

1. Sämtliche Kammern stellen die Bitte, die Staatsregierung möge bei dem Bundesrate den Antrag stellen, daß ausländischen Aerzten die Ausübung der Praxis im Deutschen Reiche in jeder Form und unter jeder Bezeichnung verboten wird, unbeschadet der für Grenzbezirke bestehenden Vereinbarungen mit Nachbarländern. Das Königl. Staatsministerium des Innern ist bezüglich dieses Antrags mit der Reichsleitung ins Benehmen getreten. Entsprechend einem von sechs Kammern eingereichten Zusatzantrage hat das Königl. Staatsministerium des Innern die Distriktspolizeibehörden angewiesen, ausländische Aerzte bei der Anmeldung zur Niederlassung darauf aufmerksam zu machen, daß sie den Titel „Arzt" oder einen ähnlichen Titel nicht führen dürfen und daß die Apotheken starkwirkende Arzneien (Anlage der Königl. Verordnung vom 22. Juli 1896, Ges.-Verordn.-Bl. S. 517 und Nachträge) nur auf schriftliche Anweisung eines in Deutschland approbierten Arztes abgeben dürfen. Auch die Apotheker in den Großstädten und Badeorten wurden darauf hin-

gewiesen, daß die Abgabe starkwirkender Arzneien auf Anweisung ausländischer, nicht in Deutschland approbierter Aerzte unzulässig ist.

2. Sämtliche Kammern mit Ausnahme der Kammer der Oberpfalz und von Oberfranken haben ihre Ausschüsse mit der Beratung über eine Neufassung der Königlichen Verordnung vom 9. Juli 1895 über die Bildung von Aerztekammern und ärztlichen Bezirksvereinen betraut. Hierzu wird schon jetzt bemerkt, daß eine Neubearbeitung der Verordnung wegen ihres Zusammenhangs mit dem ehrengerichtlichen Verfahren bis zur Schaffung einer gesetzlichen Ehrengerichtsordnung zurückzustellen sein wird.

3. Die Kammer von Oberbayern hat vier Anträge gestellt, die den Verkehr mit Arzneimitteln betreffen: 1. Ueber die Aufstellung einer Liste jener Arzneimittel, die außerhalb der Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen, schweben Verhandlungen zwischen der bayerischen Staatsregierung und der Reichsleitung. 2. Bezüglich des Antrages, die Liste der Geheimmittel häufiger und regelmäßig nachzuprüfen und zu ergänzen, wurde ebenfalls mit der Reichsleitung ins Benehmen getreten. 3. Die Erlassung öffentlicher Warnungen vor „schwindelhaften Arznei- und sonstigen Heilmitteln“ wird in Erwägung gezogen werden. 4. Der Antrag auf Errichtung einer besonderen Stelle zur Nachprüfung von Geheimmitteln, neuen Arzneimitteln usw. wird einer näheren Würdigung unterstellt werden, wenn feststeht, daß nicht von Reichs wegen eine ähnliche Einrichtung getroffen wird.

4. Zu den von den Kammern von Oberbayern und der Oberpfalz vorgeschlagenen Aenderungen der Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis wird den Kammern anheimgegeben, auf Grund einer Beratung der Kammerausschüsse dem Königl. Staatsministerium des Innern gemeinsame Vorschläge zu unterbreiten.

5. und 6. Der Antrag der Kammer von Oberbayern auf Erhöhung der Gebühren für Zeugen und Sachverständige wurde dem Königl. Staatsministerium der Justiz übermittelt; ebenso der Antrag der Kammer der Pfalz, es sollen bei Verurteilungen wegen Zuwiderhandlung gegen das Nahrungsmittelgesetz und seine Nebengesetze die Urteile häufiger als bisher veröffentlicht werden. Dem weiteren Antrage der gleichen Kammer, das Ergebnis von Musterungen der Nahrungsmittelgeschäfte öffentlich bekanntzugeben, kann nicht entsprochen werden.

7. Die Kammer von Oberbayern bittet um Dienstsiegel. Dem Wunsche wird bei einer Neubearbeitung der Königl. Verordnung über die Bildung von Aerztekammern und Bezirksvereinen näher getreten werden, sofern sich die übrigen Kammern anschließen.

8. Für die von der Kammer von Oberfranken vorgeschlagene Aufnahme des Tetanusserums unter die Mittel, die in jeder Apotheke vorhanden sein müssen, besteht nach dem Gutachten des Königl. Obermedizinalausschusses kein hinreichendes Bedürfnis.

C. Königreich Württemberg.

Vollzug des Oberamtsarztgesetzes. Verfügung des Ministeriums der Justiz, des Innern sowie des Kirchen- und Schulwesens vom 17. März 1913.

Zu Art. 1.

§ 1. (1) Die Anstellung als Oberamtsarzt erfordert:

1. das Erstehen der württembergischen Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst;
2. in der Regel die Ausübung einer mehrjährigen, erfolgreichen, selbständigen Praxis als Arzt in Württemberg;
3. bei Aerzten, die ihre Approbation nach dem 1. April 1913 erlangt haben, in der Regel eine mindestens halbjährige Tätigkeit als Arzt oder Medizinalpraktikant an einer württembergischen Irrenanstalt.

(2) Die Bewerbung um eine erledigte Oberamtsarztstelle ist unter Anschluß der Belege (Abs. 1) und einer Nationalliste bei dem Medizinalkollegium einzureichen.

(3) Das Medizinalkollegium hat die eingekommenen Bewerbungen unter Anschluß einer Bewerberliste mit seinem Besetzungsvorschlag dem Ministerium des Innern vorzulegen.

§ 2. (1) Der Oberamtsarzt hat seine Ausfertigungen zu unterzeichnen: Der K. Oberamtsarzt in . . . . (Wohnsitz).

Unterschrift.

(2) Die Aufschrift des Dienststempels hat entsprechend zu lauten. Ein neuer Dienststempel wird den Oberamtsärzten von Amts wegen zugehen.

§ 3. (1) Für jeden Oberamtsarzt ist vom Medizinalkollegium wenigstens ein ständiger Stellvertreter aufzustellen. Am Sitz eines Landgerichts und in den mittleren Städten sind die Stellvertreter in erster Linie aus der Zahl der dort ansässigen Aerzte zu wählen; diese Stellvertreter sollen die ärztliche Staatsprüfung erstanden haben. Mit der Stellvertretung der übrigen Oberamtsärzte ist bezüglich der wichtigeren Amtsgeschäfte, wie der Leichenöffnungen, der Vornahme von Gemeindevisitationen, der Schularztgeschäfte, der Seuchenbekämpfung, in der Regel ein benachbarter Oberamtsarzt zu betrauen, während die Stellvertretung zur Besorgung anderer Amtsgeschäfte, die eine besondere amtsärztliche Erfahrung nicht voraussetzen, wie die Behandlung und Begutachtung von Gefangenen in den Bezirksgefängnissen, Leichenbesichtigungen, Ausstellung der Zeugnisse für Erlangung eines Leichenpasses und dergleichen, einem in der betreffenden Oberamtsstadt ansässigen Arzt zu übertragen ist. Bei aus mehreren Oberämtern oder Teilen von solchen zusammengesetzten Oberamtsarztbezirken ist für die letzterwähnten Geschäfte in jeder Oberamtsstadt ein ständiger Stellvertreter zu bezeichnen. Die Namen der Stellvertreter sind vom Medizinalkollegium den beteiligten Verwaltungs- und Gerichtsbehörden mitzuteilen.

(2) Bei vorübergehender Verhinderung auch der ständigen Stellvertreter darf in dringenden Fällen von der die Tätigkeit des beamteten Arztes in Anspruch nehmenden Behörde ein anderer geeigneter Arzt zugezogen werden. Innerhalb des von ihm übernommenen Auftrags gilt der zugezogene Arzt als beamteter Arzt mit den einem solchen zustehenden Rechten und Pflichten.

§ 4. (1) Die Stellvertreter erhalten ihre Belohnung aus der Staatskasse. Bei Geschäften, die durch Gebühren belohnt werden, erhält der Stellvertreter diese Gebühren. Mit der Stellvertretung von Oberamtsärzten betraute praktische Aerzte erhalten im übrigen ihre Belohnung für das einzelne Geschäft nach den Sätzen der Gebührenordnung für amtliche Verrichtungen usw. (K. Verordnung vom 17. März 1899, Reg.-Bl. S. 274); sofern in ihr für einzelne Geschäfte Sätze fehlen, sind bis auf weiteres die Ziffern 13 und 14 des Abschnitts A der Anlage zu der angeführten K. Verordnung maßgebend; in Fällen der Krankenbehandlung und der Untersuchung von Gefangenen finden die niedersten Sätze der Gebührenordnung für die Geschäfte der Privatpraxis Anwendung (Verfügung des Ministeriums des Innern vom 25. März 1899, Reg.-Bl. S. 284). Die Kostenrechnungen sind jeweils nach Erledigung des Geschäfts der die amtsärztliche Tätigkeit beanspruchenden Behörde behufs Herbeiführung der Zahlung zu übergeben. Sofern die Kosten aus der oberamtlichen Kanzleikasse (z. B. als Haftvollzugskosten) oder aus der Gerichtskasse (z. B. für die Behandlung kranker Gefangener) zu bezahlen sind, haben die zuständigen Bezirksstellen solche alsbald zur Zahlung anzuweisen, andernfalls aber die Kostenrechnungen den für die Zahlungsanweisung zuständigen Stellen vorzulegen.

(2) Es bleibt vorbehalten, mit dem nichtbeamteten Stellvertreter an Stelle der Belohnung im einzelnen Fall einen Pauschbetrag zu vereinbaren. Dies kann insbesondere dann geschehen, wenn sich mit der Zeit der Umfang der regelmäßigen Inanspruchnahme des Stellvertreters übersehen läßt. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Ministeriums des Innern. Bei länger (mindestens 2 Monate) dauernden Verhinderungen der Oberamtsarzts erhält der Stellvertreter eine vom Ministerium des Innern festzusetzende Gesamtbelohnung. In diesen Fällen (Abs. 2 Satz 1 und 4) erhalten die Stellvertreter bei auswärtigen Geschäften die Diäten und Reisekosten der Oberamtsärzte. Benachbarte Oberamtsärzte erhalten für kürzere Stellvertretungen ihrer Amtsgenossen außer etwaigen Gebühren, Diäten und Reisekosten keine Belohnung.

§ 5. (1) Die nichtbeamteten Stellvertreter sind Angestellte im Sinne des Art. 118 des Beamtengesetzes. Sie sind vom Oberamt durch Gelöbnis an Eidesstatt zu verpflichten (Verfügung des Ministeriums des Innern vom 2. April 1879, Amtsbl. S. 137).

(2) Die Stellvertreter haben ihre Ausfertigungen, wie folgt, zu unterzeichnen:

Für den K. Oberamtsarzt in . . . . (Wohnsitz).

I. V.

Unterschrift.

§ 6. Auf den Urlaub und die Dienstverhinderung der Oberamtsärzte findet die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 23. Februar 1912 (Amtsbl. S. 89) mit der Maßgabe Anwendung, daß die Oberamtsärzte bezüglich der Urlaubsdauer den Oberamtsvorständen gleichgestellt werden. Von dem erhaltenen Urlaub hat der Oberamtsarzt den beteiligten Gerichts- und Verwaltungsbehörden seines Amtsbezirks unter Bezeichnung seines Stellvertreters Kenntnis zu geben.

§ 7. (1) Der Oberamtsarzt ist verpflichtet, den Sitzungen der Amtsversammlung, des Bezirksrats und des Gemeinderats einer Gemeinde seines Amtsbezirks auf Ersuchen des Vorsitzenden mit beratender Stimme anzuwohnen, wenn über wichtige Angelegenheiten der Gesundheitswesens verhandelt wird.

(2) Die Beratung und Unterstützung der Gemeindebehörden auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens durch den Oberamtsarzt erfolgt unentgeltlich, doch haben die Gemeinden etwaige Diäten und Reisekosten zu bezahlen.

§ 8. (1) Wenn einem von einer Gemeinde im Hauptamt für das öffentliche Gesundheitswesen oder für einzelne Teile desselben angestellten Arzt oberamtsärztliche Geschäfte vom Ministerium des Innern übertragen worden sind, hat er diese Geschäfte in eigener Person zu besorgen. Bei der Schularzttätigkeit kann er sich von einem Hilfsarzt unterstützen lassen.

(2) Bei der Besorgung der ihm übertragenen oberamtsärztlichen Geschäfte unterliegt der Gemeindearzt (Art. 1 Abs. 2 und Art. 3 Abs. 1 des Gesetzes) der Aufsicht der Staatsbehörden (Art. 8 des Gesetzes), auch sind für ihn bei diesen Geschäften die für den Oberamtsarzt geltenden Vorschriften maßgebend.

Zu Art. 2.

§ 9. (1) Die Ueberwachung der Durchführung der Gesetze und behördlichen Anordnungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens durch den Oberamtsarzt hat hauptsächlich aus Anlaß der ärztlichen Gemeindevisitationen, der öffentlichen Impfung und der Schularzttätigkeit zu geschehen.

(2) Die ärztlichen Gemeindevisitationen sind in sämtlichen Gemeinden des Landes alle sechs Jahre in der Regel in Gegenwart des Oberamtsvorstandes oder seines Stellvertreters an der Hand der vom Medizinalkollegium zu erteilenden Anleitung vorzunehmen. In den kleineren Städten und in den Landgemeinden soll die ärztliche Visitation womöglich mit der oberamtlichen Gemeindevisitation verbunden werden. Ueber die Zeit der ärztlichen Visitationen hat sich der Oberamtsvorstand mit dem Oberamtsarzt rechtzeitig zu verständigen. Die Vertreter der zu besichtigenden Anstalten, Betriebe und Einrichtungen sind vom Oberamt durch Vermittlung der Gemeindebehörde in der Regel einige Tage zuvor von der Visitation in Kenntnis zu setzen und zur Teilnahme an ihr einzuladen. Die wahrgenommenen Mängel hat der Oberamtsarzt mit dem Oberamtsvorstand und den anwesenden Beteiligten zu besprechen, wobei zugleich die zu treffenden Abhilfemaßregeln zu erörtern sind. Ueber das Ergebnis der Visitation ist ein Protokoll aufzunehmen. Soweit die vorgefundenen Anstände nicht sofort erledigt werden können, hat der Oberamtsarzt binnen 14 Tagen entsprechende Anträge schriftlich zu stellen und sie dem Oberamt zu übergeben. Dieses hat, soweit es hierzu selbst zuständig ist, die erforderlichen Verfügungen zu treffen, im übrigen aber eine Abschrift der Anträge an die zuständigen Behörden zur Einleitung des weiteren zu übersenden. Von den wegen der Erledigung der vorgefundenen Anstände getroffenen Verfügungen und der Art der Erledigung der Anstände ist dem Oberamtsarzt durch Vermittlung des Oberamts Kenntnis zu geben.

(3) In denjenigen Gemeinden, in denen der Oberamtsarzt zugleich Schularzt ist, hat eine Besichtigung der Schulen anläßlich der ärztlichen Gemeindevisitation nur stattzufinden, wenn ein besonderer Anlaß hierzu vorliegt.

(4) Darüber, welche Gemeinden in den einzelnen Jahren zu visitieren sind, hat der Oberamtsarzt im Benehmen mit dem Oberamt einen je auf 6 Kalenderjahre sich erstreckenden Plan zu entwerfen. Der Zeitpunkt, an dem die Visitation stattgefunden hat, ist auf dem Plan zu vermerken. Der Plan ist in der Registratur des Oberamtsarzts aufzubewahren. Seine Einhaltung ist bei den Bezirksmedizinalvisitationen nachzuprüfen.

(5) Im Stadtdirektionsbezirk Stuttgart finden die ärztlichen Gemeindevisitationen in der Weise statt, daß jedes Jahr ein bestimmter, von der Stadtdirektion im Benehmen mit dem Stadtdirektionsarzt abzugrenzender örtlicher

Bezirk visitiert wird. Jeder Bezirk soll in der Regel alle 6 Jahre an die Reihe kommen.

(6) Die durch die Gemeindevisitationen entstehenden Diäten und Reisekosten hat der Oberamtsarzt besonders zu verzeichnen. Ein Auszug aus diesem Verzeichnis ist vierteljährlich dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung auf die Staatskasse vorzulegen.

§ 10. (1) Besondere Aufmerksamkeit soll der Oberamtsarzt dem Einfluß der gewerblichen Betriebe auf die Gesundheitsverhältnisse zuwenden und sich durch eigene Nachforschungen bei den Gemeindevisitationen, den Schüleruntersuchungen und bei anderen geeigneten Anlässen, sowie durch Erkundigungen bei dem Gewerbeinspektor, den praktischen Aerzten und den Krankenkassen möglichst genaue Kenntnis von dem Vorkommen von Krankheiten, die mit solchen Betrieben im Zusammenhang stehen, zu verschaffen suchen.

(2) Ueber das Auftreten solcher Krankheiten unter den Arbeitern bestimmter Betriebe hat er dem Gewerbeinspektor Mitteilung zu machen und diesen um seine Zuziehung bei Besichtigung der für die Gesundheit der Arbeiter besonders gefährlichen Betriebe zu ersuchen. Der Gewerbeinspektor ist verpflichtet, einem solchen Gesuche zu entsprechen. Ueber die zu treffenden Abhilfemaßnahmen haben sich die beiden Beamten miteinander ins Benehmen zu setzen und erforderlichenfalls bei der zuständigen Behörde entsprechende Anträge zu stellen.

§ 11. Zur Anordnung einer polizeilichen Leichenöffnung behufs Ermittlung einer übertragbaren Krankheit ist das Oberamt und in dringenden Fällen die Orspolizeibehörde zuständig. Bei Leichenöffnungen, die behufs Feststellung der Frage notwendig werden, ob die Selbstentleibung einer Zerrüttung der körperlichen oder Geisteskräfte des Selbstmörders beizumessen ist (§ 2 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 19. Juni 1880, betreffend das polizeiliche Verfahren hinsichtlich der Leichen der Selbstmörder, Reg.-Bl. S. 161), ist ein oberamtlicher Kanzleibeamter als Protokollführer zuzuziehen; dem Oberamtsvorstand bleibt anheimgegeben, daneben noch den zweiten oberamtlichen Beamten zur Teilnahme an der Leichenöffnung abzuordnen.

Zu Art. 3.

§ 12. (1) Zur Bestellung eines anderen Arztes als Gerichts-, Impf- oder Schularzt ist das Ministerium des Innern im Benehmen mit den sonst beteiligten Ministerien zuständig.

(2) An den staatlichen Seminaren und Konvikten, Erziehungs- und Waisenhäusern hat der Hausarzt die Stellung des Schularztes.

(3) Nicht im Hauptamt angestellte Aerzte werden künftig als Schulärzte in der Regel nur zugelassen, wenn sie keine allgemeine ärztliche Praxis ausüben. Die Tätigkeit als Krankenhausarzt gilt nicht als Ausübung einer allgemeinen ärztlichen Praxis im Sinne dieser Bestimmung.

(4) Mit gerichtsärztlichen Gutachten sollen andere Aerzte als der zuständige Gerichtsarzt nur dann betraut werden, wenn besondere Umstände dies erfordern (§ 73 Abs. 2 StPO. und § 404 Abs. 2 ZPO.).

(5) Bei gerichtlichen Leichenöffnungen ist als zweiter Arzt in der Regel der ständige Stellvertreter des Oberamtsarztes zu berufen. Die Leichenöffnung selbst ist, wenn die beiden Arzte nicht etwas anderes vereinbart haben, Sache des zweiten Arztes. Sie ist an der Hand der vom Medizinalkollegium herausgegebenen Anleitung vorzunehmen.

Zu Art 5.

§ 13. (1) Für die Ausübung der Schularzttätigkeit sind die Bestimmungen der Dienstanweisung für den Schularzt maßgebend. Gemeinden mit eigenen Schulärzten können mit Genehmigung der Oberschulbehörden weitergehende Bestimmungen treffen, insbesondere häufigere Schüleruntersuchungen vorschreiben.

(2) Ueber diejenigen im schulpflichtigen Alter stehenden Kinder, welche wegen irgendeines Gebrechens nicht schulfähig sind, ist bis zum Beginn der erstmaligen Schüleruntersuchungen vom Ortsvorsteher im Benehmen mit dem zuständigen Ortsschulrat für jede bürgerliche Gemeinde ein Verzeichnis nach dem Muster der Anlage I anzulegen. Das Verzeichnis ist vom Ortsvorsteher nach Anhörung des Ortsschulrats bezüglich etwaiger Zu- und Abgänge jedes Jahr zu ergänzen. Die in das Verzeichnis eingetragenen Kinder müssen, wofern sie nicht von der Verpflichtung zu persönlicher Vorstellung befreit sind

(Art. 5 Abs. 5 des Gesetzes), dem Schularzt anläßlich der Untersuchung der Schulkinder jedes Jahr von den Erziehungsberechtigten am Ort der Schüleruntersuchung vorgestellt werden. Zu diesem Zweck sind die Verzeichnisse von den Ortsvorstehern rechtzeitig dem Schularzt an den Ort der Untersuchung zu übersenden. Ueber den Befund der vorgestellten Kinder ist vom Schularzt ein Eintrag in das Verzeichnis zu machen. Bei denjenigen Kindern, die nach Ansicht des Schularztes wegen ihrer häuslichen Verhältnisse in einer Anstalt untergebracht werden sollten oder bei welchen durch Unterbringung in einer geeigneten Anstalt eine das spätere Fortkommen des Kindes erleichternde Ausbildung wahrscheinlich erscheint, ist in dem Verzeichnis in der hierfür vorgesehenen Spalte unter Bezeichnung der in Betracht kommenden Anstalt entsprechender Vorschlag zu machen. Die Verzeichnisse sind vom Oberamt jedes Jahr auf einen bestimmten Zeitpunkt zur Einsicht einzufordern. Bei denjenigen Kindern, bei denen eine Fürsorgemaßnahme angezeigt erscheint, hat das Oberamt das Entsprechende in die Wege zu leiten.

Zu Art. 6.

§ 14. Wenn ein Oberamtsarzt in seiner Eigenschaft als Bahn- oder Postarzt ein Gutachten abgibt oder ein Zeugnis ausstellt, so sind für den Gebührensatz nicht die Sätze der Gebührenordnung für amtliche Verrichtungen, sondern die Vertragsbestimmungen maßgebend.

Art. 7.

§ 15. (1) Die Gemeinden haben bis auf weiteres für die Schüler der nachstehend erwähnten Arten von Schulen einen Beitrag an die Staatskasse nicht zu leisten.

1. der staatlichen Seminare, Konvikte, Erziehungs- und Waisenhäuser;
2. der allgemeinen Fortbildungsschulen, Sonntagsschulen, gewerblichen Zeichenschulen und Frauenarbeitsschulen;
3. der Erziehungs- und Rettungsanstalten;
4. der Kleinkinderschulen;
5. der Kinderhorte und Kindergärten.

(2) Die Zahl der übrigen Schüler, für die nach Art. 7 Abs. 3 des Gesetzes jährlich 20 Pfennig an die Staatskasse zu entrichten sind, gleichviel, ob die Schüler in dem betreffenden Jahr einer Besichtigung oder Untersuchung durch den staatlichen Schularzt unterzogen worden sind oder nicht, ist von den Oberämtern alljährlich im Monat Februar, bei den Volksschulen durch Vermittlung des Schulvorstandes oder des ersten oder einzigen Lehrers auf Grund der letzten amtlichen jährlichen Schulstatistik festzustellen. Die Oberämter haben für jede bürgerliche Gemeinde ihres Bezirks die Höhe des an die Staatskasse zu entrichtenden Beitrags zu berechnen und eine Uebersicht über sämtliche Gemeinden des Bezirks zu fertigen.

(3) Ferner haben die Oberämter im Monat Februar jedes Jahres bei dem öffentlichen Impfarzt die Zahl der als gelungen zu erachtenden öffentlichen Impfungen bei Kindern und Schülern für jede Gemeinde ihres Bezirks zu ermitteln und die Höhe des Beitrags jeder Gemeinde an die Staatskasse zu berechnen.

(4) In denjenigen Oberamtsbezirken, in denen die Schularzt- oder Impfkostenbeiträge gemäß Art. 16 Abs. 3 der Bezirksordnung auf die Amtskörperschaft übernommen werden, ist eine Abschrift der oberamtlichen Beitragsberechnung der Oberamtspflege behufs Abführung der Beiträge an die Ministerialkasse des Innern zu übergeben. In diesem Fall ist der genannten Ministerialkasse vom Oberamt zugleich die Gesamtzahl der Schüler und Impflinge des Bezirks und die Summe der Beiträge mitzuteilen. In den Bezirken, in denen die Beiträge von den Gemeinden selbst zu entrichten sind, haben die Oberämter je eine Abschrift der oberamtlichen Uebersicht der Ministerialkasse des Innern zu übersenden und den einzelnen Gemeinden die Höhe des auf sie entfallenden Beitrags an Schularzt- und Impfkosten zu bezeichnen.

(5) Die Benachrichtigung der Ministerialkasse des Innern über die Höhe der ihr zufließenden Beiträge oder die Einsendung der oberamtlichen Uebersichten hat bis spätestens 1. März jedes Jahres zu erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt sind auch die Beiträge von den Oberamtspflegern oder den Gemeinden an die Ministerialkasse des Innern mittels Zahlkarte oder Ueberweisung auf Postscheckkonto 3730 (bei dem Postscheckamt Stuttgart) zu entrichten. Für Zahlungen bis zum Betrag von 800 Mark gilt der Posteinlieferungsschein als

Rechnungsbeleg, falls der Empfänger und der überwiesene Betrag auf ihm angegeben ist.

(6) Die Diäten- und Reisekostenrechnungen der Oberamtsärzte anläßlich der Impfung und der Schularzttätigkeit sind monatlich spätestens bis zum zehnten Tag des nächsten Monats dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung vorzulegen.

§ 16. (1) Die Vordrucke der Gesundheitsbogen der Schüler, der Schreibenfür die Einladung der Erziehungsberechtigten zur Teilnahme an den ärztlichen Untersuchungen und der Schreiben für die Benachrichtigung der Erziehungsberechtigten über das Ergebnis der Untersuchung werden denjenigen Gemeinden, die keinen eigenen Schularzt haben, auf Rechnung der Staatskasse geliefert.

(2) Der Bedarf ist durch die Oberämter für sämtliche in Betracht kommenden Schulen jedes Jahr zu ermitteln und bei dem Sekretariat des Medizinalkollegiums bis spätestens 1. März anzumelden. Bei Feststellung des Bedarfs ist zu beachten, daß eine ärztliche Untersuchung der Kinder nur im 1., 4., 7. oder 8. Schuljahr und bei Schülern der höheren Lehranstalten vor dem Abgang von der Schule stattfindet.

(3) Die den Oberämtern gelieferten Vordrucke sind, wenn der Schularzt es wünscht, diesem zuzustellen, andernfalls aber an die Schulen, in welchen sie zur Verwendung kommen sollen, zu versenden.

§ 17. Wegen der Art der für die ärztlichen Untersuchungen der Schüler von den Gemeinden oder von den Schulunternehmern zur Verfügung zu stellenden Räume, deren Ausrüstung sowie der Beigabe etwaiger Hilfspersonen hat sich der Schularzt mit den zuständigen Schulbehörden rechtzeitig vor der Vornahme der Schüleruntersuchungen ins Benehmen zu setzen. In Gemeinden, in denen eine größere Schülerzahl zu untersuchen ist, kann zur rascheren Abwicklung des Geschäfts die Beigabe einer Schreibhilfe verlangt werden. Zur Untersuchung der Mädchen ist von der Gemeinde eine weibliche Vertrauensperson abzuordnen.

Zu Art. 9.

§ 18. Die Annahme eines Hilfsarztes für die Besorgung der ärztlichen Praxis ist den Oberamtsärzten nicht gestattet.

Zu Art. 10.

§ 19. (1) Ueber die in Art. 10 Abs. 1 des Gesetzes erwähnten Personen hat der Oberamtsarzt Verzeichnisse zu führen, die folgende Spalten zu enthalten haben:

1. Familien- und Vornamen der betreffenden Person;
2. Tag der Geburt;
3. Ort der Geburt;
4. Zeit, Ort und Ergebnis der Prüfung; bei Nichtapprobierten Art der Ausbildung;
5. Niederlassungsort;
6. Zeit der Niederlassung;
7. Zeit der Abmeldung;
8. Ort der neuen Niederlassung;
9. Bemerkungen.

(2) Ueber die Aerzte, Zahnärzte, Wundärzte, Apothekenvorstände und Hebammen hatte der Oberamtsarzt diese Aufzeichnungen schon bisher zu machen. Um imstande zu sein, die Verzeichnisse auch anzulegen

1. über die Personen, die gewerbsmäßig mit der Krankenpflege sich befassen,
2. über die Personen, die, ohne hierzu öffentlich ermächtigt zu sein, gewerbsmäßig die Heilkunde bei Menschen ausüben,
3. über die für eigene Rechnung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tätigen Hilfspersonen (Desinfektoren, Masseure u. dgl.),

hat der Oberamtsarzt im Bezirksamtsblatt unter Hinweisung auf die Strafbestimmung in Art. 10 Abs. 3 des Gesetzes an diese Personen eine entsprechende Aufforderung zur Anmeldung bei ihm ergehen zu lassen, wobei Zeit und Ort der Anmeldung näher zu bezeichnen sind.

§ 20. (1) Die Apothekenvorstände haben über ihre Geschäftseinnahmen ein Umsatztagebuch nach dem Muster in Anlage II zu führen. Die bereits im Gebrauch befindlichen Umsatzbücher dürfen weiter benützt werden, bis sie zu Ende geführt sind. Daneben sind noch Aufschriebe über

alle den Apothekenbetrieb betreffenden Ausgaben: a) für Waren, b) für Geschäftsunkosten zu machen. Unter Waren sind alle diejenigen Gegenstände zu verstehen, die in der Apotheke feilgehalten werden, einschließlich der Arzneigefäße (Gläser, Töpfe, Schachteln), der Artikel für Krankenpflege usw. Zu den Geschäftsunkosten sind zu rechnen: Gehälter, Löhne, Steuern, Kosten für Heizung und Beleuchtung der Geschäftsräume, Wasserzins, Frachten, Postgebühren, Versicherungsbeiträge, soweit sie den Geschäftsbetrieb und das Personal betreffen, Ausgaben für Einrichtungsgegenstände, Literatur und dergl. Das Umsatztagebuch und das Ausgabenverzeichnis sind monatlich abzuschließen. Nach Ablauf des Geschäftsjahrs ist eine Schlußabrechnung über die Gesamt-Einnahmen und -Ausgaben aufzustellen. Die Zinsen, die ein Apotheker zu bezahlen hat, haben bei dieser Berechnung außer Betracht zu bleiben. In denjenigen Apotheken, in denen eine kaufmännische Buchführung eingeführt ist, kann die Führung des Ausgabenverzeichnisses unterbleiben.

(2) Das Umsatztagebuch und das Ausgabenverzeichnis oder das an Stelle des letzteren geführte kaufmännische Geschäftsbuch ist dem Oberamtsarzt bei den Apothekenvisitationen zur Einsicht vorzulegen. Sonst sind diese Bücher dem Oberamtsarzt nur vorzulegen, wenn der Apothekenvorstand eine besondere Aufforderung hierzu durch das Medizinalkollegium erhalten hat.

§ 21. (1) Von den Zahntechnikern bleiben die Mitglieder der „Vereinigung württembergischer Dentisten, E. V." unter der Bedingung, daß zu Aenderungen der Satzung der Vereinigung die Genehmigung des Medizinalkollegiums eingeholt wird, in stets widerruflicher Weise von dem Buchführungszwang des Art. 10 Abs. 2 des Gesetzes befreit. Bei Geschäftsankündigungen und dergl. darf auf die Befreiung vom Buchführungszwang nicht hingewiesen werden. Die Namen der in einem Oberamtsarztbezirk wohnenden Mitglieder der Vereinigung sind dem zuständigen Oberamtsarzt von dem Vorstand jeweils schriftlich mitzuteilen.

(2) Wenn sonstige ausschließlich die Zahnheilkunde selbständig ausübende Zahntechniker um Entbindung von der Verpflichtung zur Führung von Geschäftsbüchern bei dem Ministerium des Innern nachsuchen wollen, haben sie ihr Gesuch unter Anschluß von Belegen über ihre Ausbildung und ihre praktische Tätigkeit durch Vermittlung des zuständigen Oberamtsarztes an das Medizinalkollegium zu richten. Letzteres hat das Gesuch mit seiner gutachtlichen Aeußerung dem Ministerium des Innern vorzulegen.

(3) Das gleiche Verfahren (Abs. 2) ist einzuhalten, wenn eine im Ausland zur Ausübung der Heilkunde öffentlich ermächtigte Person um Befreiung vom Buchführungszwang nachsucht.

§ 22. Die Desinfektoren haben ein Geschäftsbuch nach dem Muster in Anlage III zu führen. Dieses Buch ist nach Ablauf jedes Kalenderjahres abzuschließen und im Monat Januar des folgenden Jahres dem Oberamtsarzt zur Einsicht vorzulegen. Der Oberamtsarzt hat das Buch nach genommener Einsicht mit etwaigen Bemerkungen zurückzugeben. Die Geschäftsbücher der Desinfektoren sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 23. Bezüglich der Buchführung der Hebammen und der Prüfung der Hebammentagebücher verbleibt es bis auf weiteres bei den Vorschriften der Dienstanweisung für Hebammen.

§ 24. Masseure und dergl. haben ein Geschäftsbuch zu führen, wie es in Art. 10 Abs. 2 des Gesetzes für die mit Ausübung der Heilkunde gewerbsmäßig sich befassenden, öffentlich nicht ermächtigten Personen vorgeschrieben ist. Diese Bücher sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 25. Personen, die sich gewerbsmäßig mit der Krankenpflege befassen, müssen ein Geschäftsbuch nach dem Muster in Anlage IV führen. Diese Bücher sind zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 26. Die Geschäftsbücher der mit Ausübung der Heilkunde gewerbsmäßig sich befassenden, öffentlich nicht ermächtigten Personen (Art. 10 Abs. 2 des Gesetzes) sowie die in den §§ 24 und 25 erwähnten Geschäftsbücher sind dem Oberamtsarzt regelmäßig bei den ärztlichen Gemeindevisitationen zur Einsichtnahme vorzulegen, außerdem dann, wenn er sich durch einen Auftrag des Medizinalkollegiums zur Einsichtnahme ausweisen kann.

Schlußbestimmungen.

§ 27. Durch das Oberamtsarztgesetz und die gegenwärtige Verfügung gelten alle entgegenstehenden Vorschriften als aufgehoben, insbesondere:

1. die Verfügung des Ministeriums des Innern vom 29. Dezember 1859, betr. die Meldungen um Oberamtsphysikate (Reg.-Bl. 1860, S. 5);
2. die §§ 2, 3, 4, 5 und 8 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 8. April 1872, betr. den Einfluß der Deutschen Gewerbeordnung auf das Medizinalwesen (Reg.-Bl. S. 143);
3. die Verfügung der Ministerien der Justiz und des Innern vom 17. Oktober 1879, betr. die Abteilung der gerichtsärztlichen Geschäfte zwischen den Oberamtsärzten und den Oberamtswundärzten (Reg.-Bl. S. 467);
4. die Verfügung der Ministerien der Justiz und des Innern vom 31. Dezbr. 1885, betr. das Verfahren und die Stellung der Aerzte bei der richterlichen und polizeilichen Leichenschau und Leichenöffnung (Amtsbl. des Justizministeriums 1886, S. 5 und Amtsbl. des Ministeriums des Innern 1886, S. 114), sowie die Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 10. März 1886, betr. die Erlassung einer Instruktion für das Verfahren und die Stellung der Aerzte bei der richterlichen und polizeilichen Leichenschau und Leichenöffnung (Amtsblatt S. 113);
5. der § 1 Abs. 3, 4 und 5 sowie der § 27 Ab. 2 und Abs. 4 Satz 1 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 6. Dezember 1899, betr. die Vollziehung des Reichsimpfgesetzes (Reg.-Bl. S. 1093);
6. die Erlasse des Ministeriums des Innern vom 30. Oktober 1875 und vom 14. September 1882, betr. die ärztlichen Visitationen der Gemeinden in Absicht auf Gesundheitspflege (Amtsbl. 1875, S. 317 und 1882, S. 350);
7. die Erlasse des Ministeriums des Innern vom 7. Februar 1876 (Amtsbl. S. 42) und vom 21. April 1900 (Amtsbl. S. 180), betr. die Vornahme medizinalpolizeilicher Visitationen bei den der Oberstudienbehörde unmittelbar unterstellten Gelehrten- und Realschulen;
8. die Nr. 1 und 2 des Erlasses des Ministeriums des Innern vom 23. Juli 1909. betr. die regelmäßigen gesundheitspolizeilichen Visitationen innerhalb des Stadtdirektionsbezirks Stuttgart (Amtsbl. S. 295);
9. der § 7 Abs. 1 Satz 1 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 12. Juli 1872, betr. die Fortbildung der Hebammen in ihrem Berufe (Reg.-Bl. S. 238), in der Fassung der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 10. Juni 1875 (Reg.-Bl. S. 308). Der Abs. 3 dieses Paragraphen wird dahin geändert, daß die Reisekostenverzeichnisse der Oberamtsärzte künftig dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung vorzulegen sind.

Anlage I.

Muster eines Einlagebogens für das Verzeichnis der nicht schulfähigen Kinder.

Laufende Nummer.	Familien- und Vorname des Kindes.	Konfession.	Geburtstag.	Gebrechen, wegen dessen das Kind nicht schulfähig ist. (Vom Schularzt auszufüllen.)	a) dem Schularzt vorgestellt am: b) Befund. (Vom Schularzt auszufüllen.)	Sollte das Kind wegen seiner häuslichen Verhältnisse oder um es für das spätere Fortkommen auszubilden in eine Anstalt und in welcher untergebracht werden?[1] (Vom Schularzt auszufüllen.)	Ist dem Vorschlag entsprochen worden oder weshalb nicht? (Von der Gemeindebehörde auszufüllen.)	Bemerkungen.
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
		Für jedes Kind ist eine besondere Seite zu benutzen!						

[1]) Wegen der etwa in Betracht kommenden Anstalten vergl. das von der Zentralleitung für Wohltätigkeit herausgegebene Verzeichnis der Wohltätigkeits-Anstalten und -Vereine im Königreich Württemberg.

Anlage II.

Monat . . . .

Datum	Bareinnahme										Auf Rechnung									
	1. Bezahlte Rechnungen		2. Bezahlte ärztl. Anweisungen von Spezialitäten, Verbandstoffen usw.		3. Bezahlter Handverkauf		4. Bezahlte Rezepte		5. Gesamteinnahmen Summe v. 1–4		6. für Private: Unbezahlte Rezepte		7. für Private: Unbezahlte ärztl. Anweisungen von Spezialitäten, Verbandstoffen usw.		8. für Krankekkassen, Anstalten usw.: Unbezahlte Rezepte		9. für Krankekkassen, Anstalten usw.: Unbezahlte ärztl. Anweisungen von Spezialitäten, Verbandstoffen, Handverkaufsart. usw.		10. Unbezahlter Handverkauf	
	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.

Anmerkung: Als Rezept ist jede mit Datum und Unterschrift versehene
Arzneimittel nach den Bestimmungen A, C oder E der Deutschen Arznei-
Originalpackung. Die Ausfüllung der Spalten 12 bis 17 (einschl.) wird

Anlage III.

Geschäfts

des

staatlich geprüften*) Desinfektors

in . . . ., Oberamt

Lfde Nr.	Name und Stand des Haushaltungsvorstandes	Wohnort und Wohnung (Strasse, Haus-Nr., Stockwerk)	Art des vorgenommenen Dienstgeschäfts (fortlaufende Desinfektion, Schlußdesinfektion, Probeentnahme, Vernichtung von Ungeziefer)	Der Auftrag ist erteilt: von wem?	Der Auftrag ist erteilt: weshalb? (Bezeichnung der Krankheit)	Der Auftrag ist erteilt: an welchem Tage? (Datum)
1.	2.		3.	4.	5.	6.

*) Wenn nicht zutreffend, zu streichen.

19 . . . .

11. Gesamtumsatz		Zahl der Rezepte			Zahl der ärztl. Anweisungen von Spezialitäten, Verbandstoffen usw.			18. Gesamtzahl der Rezepte nach der Zahl der Einzelverordnungen	19. Gesamtzahl der ärztlichen Anweisungen für Spezialitäten, Verbandstoffe, Handverkaufsartikel	20. Bemerkungen
		12. für Private	13.	14. für Krankenkassen, Anstalten usw.	15. für Private	16.	17. für Krankenkassen, Anstalten usw.			
Summe von 2–4 u. 6–10		bez.	unb.		bez.	unb.		Summe von 12–14	Summe von 15–17	
M.	Pf.									

schriftliche Anweisung eines Arztes zu verstehen, bei der die Berechnung der taxe erfolgt, ausschließlich der in E aufgeführten Heilsera und Tuberkulin in nicht verlangt, dagegen die der Spalten 18 und 19.

buch

Das Dienstgeschäft ist ausgeführt (Datum)	Zahl der Arbeitsstunden	Gebühren-Betrag		Auslagen für Desinfektionsmittel usw.		Bei dienstlichen Verrichtungen außerhalb des Wohnortes: bei Landwegen Reise- Kosten		bei Landwegen Transport- Kosten		bei Eisenbahnfahrt		Gesamtsumme der Gebühren, Auslagen, Reise- usw. Kosten (Spalte 9, 10 11, 12, 13		Bemerkungen (Zahl und Kubikinhalt der Räume; Menge der verbrauchten Desinfektionsmittel usw.)
		M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	
7.	8.	9.		10.		11.		12.		13.		14.		15.

Anlage IV.

1. Aufschrift auf der Titelseite:

Geschäftsbuch

des/der Krankenpfleger s/in . . . . (Name) in . . . . (Wohnort)

geboren am . . . . 18 . . in . . . .

ob staatlich geprüft:

2. Bezeichnung der Spalten der Einlagbogen:

Lfde. Nr.	Name des Gepflegten	Wohnort oder Wohnung	Etwaige besondere Pflegemaßnahmen (Massage, Einspritzungen, Harnablassung, Verbände)	Der Pflege		Gebühren	Name des behandelnden Arztes *)
				Beginn	Ende		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
							*) Dieser muss nur angegeben werden, wenn besondere Massnahmen von ihm angeordnet sind

---

Dienstanweisung für den Schularzt. Erlaß des Ministeriums des Innern an die Schulärzte vom 15. April 1913.

Nachstehend wird die im Benehmen mit dem K. Ministerium des Kirchen- und Schulwesens aufgestellte Diensanweisung für den Schularzt (zu vgl. § 13 Abs. 1 der zum Vollzug des Oberamtsarztgesetzes ergangenen Ministerial-Verfügung vom 17. März 1913, Reg.Bl. S. 82) zur Nachachtung bekannt gegeben. Im Anschluß an die Dienstanweisung ist die Verfügung des K. Ministeriums des Kirchen- und Schulwesens vom 15. April d. Js., betreffend den schulärztlichen Dienst, abgedruckt, die über die Unterstützung des Schularztes durch die Lehrer das Nähere bestimmt (zu vergl. Art. 7 Abs. 3 des Oberamtsarztgesetzes vom 10. Juli 1912, Reg.Bl. S. 270).

Die Schulärzte haben bei ihrer Tätigkeit sich gegenwärtig zu halten, daß nicht die Gewinnung einer möglichst einwandfreien Statistik die Hauptsache ist, daß nicht die Gewinnung einer möglichst einwandfreien Statistik die Hauptsache ist, sondern daß es vor allem darauf ankommt, solche Maßnahmen vorzuschlagen, die geeignet sind, die der Gesundheit der Jugend drohenden Gefahren abzuwenden oder die Gesundheitsverhältnisse des heranwachsenden Geschlechts zu verbessern. Der Schularzt wird eine um so ersprießlichere Wirksamkeit entfalten können, je mehr es ihm gelingt, das Vertrauen der Eltern, Lehrer und Gemeindeverwaltungen zu erwerben. Nur wenn er sich dieses Vertrauens erfreuen darf, werden seine Ratschläge die gehörige Beachtung finden. Um die aus der Schularzttätigkeit heraus gewonnenen Erfahrungen möglichst nutzbar zu machen, empfiehlt es sich, sie durch Vorträge und aufklärende Artikel in den Bezirksamtsblättern von Zeit zu Zeit weiteren Kreisen bekannt zu geben.

Bemerkt wird, daß bei den in diesem Schuljahr erstmals vorzunehmenden Untersuchungen nur die neu eintretenden Schüler und die in den §§ 7 und 13 erwähnten Jahrgänge eingehend zu untersuchen, die Schüler sämtlicher Jahrgänge aber zu besichtigen sind.

Dienstanweisung für den Schularzt.

§ 1. (1) Die Tätigkeit des Schularztes erstreckt sich auf alle den Oberschulbehörden unterstellten öffentlichen Schulen sowie auf alle Privatschulen, ferner auf die Kleinkinderschulen, Kindergärten und Kinderhorte.

(2) Dem Schularzt liegt ob:

1. Die Begutachtung des Bauplatzes sowie der Baupläne von Neubauten und Umbauten für alle den Zwecken der Schule dienenden Gebäude (insbesondere der Schulhäuser, Lehrerwohngebäude, Schulabortgebäude, Turnhallen), ferner die Untersuchung des Zustandes dieser Gebäude und der zugehörigen Hofräume, Turn- und Spielplätze, sowie der Einrichtungen und Geräte der Gebäude und Plätze, weiterhin die Ueberwachung der Benützung dieser Gebäude und Einrichtungen in gesundheitlicher Beziehung;
2. die Fürsorge für die Wahrung der gesundheitlichen Anforderungen beim Unterricht;
3. die Feststellung und die Verhütung der Verbreitung von Krankheiten und Gebrechen bei Schülern und Schülerinnen sowie die zu diesem Zweck erforderlichen körperlichen Untersuchungen derselben;
4. auf Antrag des Schulvorstandes, des ersten oder einzigen Hauptlehrers die Begutachtung von Gesuchen um Befreiung von der Teilnahme an einzelnen Unterrichtsfächern aus gesundheitlichen Gründen;
5. die Mitwirkung bei der Zurückstellung noch nicht schulreifer Kinder, sowie bei Zuweisung von Kindern an eine Hilfsschule (Minist.Verf. vom 1. März 1910 § 1 Nr. 7 und § § 4, Reg.Bl. S. 105).

§ 2. (1) In Gemeinden, in denen auf Grund des Art. 3 Abs. 1 des Oberamtsarztgesetzes besondere Schulärzte staatlich bestellt oder zugelassen sind, liegt die Begutachtung des Bauplatzes und der Baupläne (§ 1 Abs. 2 Nr. 1) auch dem Oberamtsarzt ob. Dieser hat auch die Untersuchung der den Zwecken der Schule dienenden Gebäude (§ 1 a. a. O.) anläßlich der ärztlichen Gemeindevisitation bei allen Schulen vorzunehmen, an denen er nicht selbst Schularzt ist.

(2) Bei der Untersuchung der Gebäude usw. sind die Vorschriften über den Bau, die Einrichtung und Benützung der Schulhäuser zur Richtschnur zu nehmen.

(3) Findet der Schularzt bei seinen Schulbesuchen in dem Zustand des Gebäudes usw. und seiner Einrichtungen Anstände, die eine Abhilfe angezeigt erscheinen lassen, so hat er hiervon dem Schulvorstand oder dem ersten oder einzigen Hauptlehrer schriftlich Mitteilung zu machen. Ueberhaupt hat der Schularzt bei jeder geeigneten Gelegenheit innerhalb seines Geschäftskreises für die Herbeiführung und Erhaltung eines gesundheitlich einwandfreien Zustandes der Schulgebäude zu sorgen.

(4) Ueber die Ausführung der auf seine Anträge getroffenen Anordnungen hat sich der betreffende Arzt anläßlich seiner nächsten dienstlichen Anwesenheit im Schulgebäude durch Augenschein zu vergewissern.

§ 3. (1) Zur Untersuchung des Zustandes der den Zwecken der Schule dienenden Gebäude usw. und ihrer Einrichtungen sowie ihrer Benützung (§ 1 Abs. 2 Nr. 1), ferner zur Beobachtung des Unterrichtsbetriebs in gesundheitlicher Richtung (§ 1 Abs. 2 Nr. 2) und zur Untersuchung und Besichtigung der Schüler (§ 1 Abs. 2 Nr. 3) sowie zur Ausführung etwaiger sonstiger an Ort und Stelle zu erledigender Geschäfte hat der Schularzt wenigstens einmal jährlich jede Schule während der Unterrichtszeit abwechselnd im Sommer- und Winterhalbjahr zu besuchen.

(2) Ueber den ungefähren Zeitpunkt der Vornahme dieses Besuches in den einzelnen Gemeinden hat der Schularzt zu Beginn des Visitationsjahrs einen Plan aufzustellen und diesen für die Volksschulen den Ortsschulräten und den Bezirksschulaufsehern, für die höheren Schulen, sowie die Gewerbe- und Handelsschulen dem Schulvorstand oder dem ersten oder einzigen Hauptlehrer mitzuteilen. Der Zeitpunkt der tatsächlichen Vornahme des Besuchs ist in der Regel mindestens eine Woche zuvor den genannten Schulbehörden vom Schularzt an-

zuzeigen. Zugleich hat er bei ihnen wegen der Art der für die ärztlichen Untersuchungen der Schüler von den Gemeinden oder von den Schulunternehmern zur Verfügung zu stellenden Räume und ihrer Ausrüstung sowie wegen der Beigabe etwaiger Hilfspersonen die erforderlichen Anträge zu stellen.

(3) Dem Schularzte sind auch unvermutete Besuche gestattet. Wenn hieraus Kosten entstehen, ist, von dringenden Fällen abgesehen, zuvor die Erlaubnis der zuständigen Oberschulbehörde einzuholen. Außerdem ist vor dem Beginn des Geschäfts die zuständige Schulbehörde (Abs. 3) zu verständigen.

§ 4. Bei der gesundheitlichen Ueberwachung der Benutzung der den Zwecken der Schule dienenden Gebäude und ihrer Einrichtungen ist das Augenmerk vorzugsweise auf die Handhabung der Lüftung, der Heizung und Beleuchtung zu richten, ebenso auf die andauernd einwandfreie Beschaffenheit der Wasserversorgung und der Abwasserbeseitigung, sowie auf die Schulreinigung. Ferner ist zu achten auf die Stellung der Schulbänke, auf die Sitzordnung der Schüler und Schülerinnen nach Größe, Gehör und Sehvermögen, sowie auf die Körperhaltung und die Reinlichkeit der Schüler.

§ 5. (1) Bei der gesundheitlichen Beurteilung des Unterrichts (§ 1 Abs. 2 Nr. 2) hat sich der Schularzt stets gegenwärtig zu halten, daß es nicht seine Aufgabe ist, in schultechnischen Fragen einzugreifen, sondern daß ihm lediglich obliegt, für die Gesundheit der Schüler nach Maßgabe der bestehenden Verordnungen und Verfügungen zu sorgen. Innerhalb dieses Rahmens ist es jedoch seine Pflicht, für eine gesundheitsgemäße Gestaltung des Unterrichts einzutreten und den Einfluß des Stundenplans, der Unterrichtsdauer und der Unterricht-s pausen auf die Gesundheit der Schüler, sowie die Beschaffenheit der Lehrmittel zu prüfen. Bei Schülern, die aus gesundheitlichen Gründen von der Teilnahme an einzelnen Unterrichtsgegenständen befreit sind, ist nachzuprüfen, ob der Befreiungsgrund noch vorliegt. Ebenso ist etwaigen Erkrankungen der Lehrer, von denen gesundheitliche Schädigungen der Schüler ausgehen können, Aufmerksamkeit zu schenken.

(2) Beobachtete Mängel hat der Schularzt mit den Beteiligten in angemessener Weise mündlich zu erörtern. Finden die Mängel hierbei nicht ihre sofortige Erledigung, so hat er seine schriftlichen Anträge dem Schulvorstand oder dem ersten oder einzigen Hauptlehrer mitzuteilen, die dem Schularzt von der Art der Erledigung der Anstände Kenntnis geben werden. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Schularzt und der zur Entscheidung über die Anträge des Schularztes zuständigen Stelle ist die Entscheidung der vorgesetzten Oberschulbehörde einzuholen.

§ 6. (1) Behufs Feststellung des Gesundheitszustands und der Schulfähigkeit der Schulkinder hat der Schularzt sämtliche neu eintretende Schüler und Schülerinnen innerhalb des ersten Jahres zu untersuchen. Die Untersuchung hat sich auf den allgemeinen Körperzustand, das Nervensystem, den Zustand der Augen, Ohren, der Mund- und Nasenhöhle, der Brust- und Baucheingeweide, des Knochengerüsts, insbesondere der Wirbelsäule, und der Gliedmaßen zu erstrecken. Die Untersuchungen sind auf möglichst schonende Art auszuführen. Untersuchungen, bei denen eine Entkleidung sich nicht vermeiden läßt, dürfen bei Mädchen nicht vorgenommen werden, wenn die Erziehungsberechtigten Einsprache erheben. Die Untersuchung hat womöglich in einem besonderen Raum in Abwesenheit der übrigen Kinder stattzufinden. Der Untersuchung der Mädchen hat die Mutter, eine Lehrerin oder eine sonstige weibliche Vertrauensperson anzuwohnen; die Anwesenheit eines Lehrers im Untersuchungszimmer für Mädchen ist nicht gestattet.

(2) Die Untersuchung der Sehschärfe ist für jedes Auge besonders vorzunehmen.

(3) Auf tuberkulöse Kinder, einschließlich der an Lupus erkrankten, und auf Krüppel, die durch ein Heilverfahren gebessert werden können, ist ein besonderes Augenmerk zu richten, ebenso auf Stotterer.

(4) Eine Untersuchung durch den Schularzt hat zu unterbleiben, wenn für einen Schüler ein durch einen approbierten Arzt ausgefüllter Gesundheitsbogen (s. Anl. I) rechtzeitig vorgelegt wird. Der Schularzt hat sich in einem solchen Fall auf die Durchsicht des Gesundheitsbogens zu beschränken und erforderlichenfalls dessen Ergänzung zu veranlassen.

(5) Die Untersuchung der bei der allgemeinen Untersuchung abwesenden sowie derjenigen Kinder, deren Untersuchung aus irgend welchen Gründen noch nicht stattgefunden hat oder nicht vollständig vorgenommen werden konnte, ist bei dem nächsten Besuch, spätestens jedoch im folgenden Jahr, nachzuholen.

§ 7. Zur Ueberwachung des Gesundheitszustands der Schüler während der Schulzeit ist die eingehendere Untersuchung (§ 6) in ihrem vierten (bei den höheren Knabenschulen in Klasse I, bei den höheren Mädchenschulen in Klasse IV) und in ihrem siebten oder achten Schuljahr (Ende der Schulpflicht — bei den höheren Schulen mit Oberklassen in Klasse V, bei höheren Schulen mit Oberklassen in Klasse VI, bei den höheren Mädchenschulen in Klasse VIII) und bei den Vollanstalten für die männliche Jugend weiterhin noch vor Ablegung der Reifeprüfung zu wiederholen. Hierbei ist festzustellen, wie sich der Körper während der Schulzeit entwickelt hat; auch ist den Erziehungsberechtigten der zur Schulentlassung kommenden Kinder, die nicht vollständig gesund erscheinen, ein geeigneter Rat für die Berufswahl zu erteilen.

§ 8. (1) Bei denjenigen Schülern und Schülerinnen, deren eingehendere Untersuchung (§§ 6, 7 und 13 Abs. 2) nicht verfallen oder vorgeschrieben ist, genügt es, wenn sich der Schularzt bei Lehrern und Schülern über etwaige seit der letzten Untersuchung oder Besichtigung eingetretene Vorkommnisse, Beobachtungen oder Krankheiten erkundigt und an der Hand der Gesundheitsbogen die Schüler in der Regel ohne Entkleiden besichtigt. Erregt diese Besichtigung bei dem einen oder andern Schüler den Verdacht krankhafter Veränderungen, so ist bei ihm eine genauere Untersuchung anzuschließen. Stellt sich heraus, daß der den Eltern usw. gegebene Rat der Einleitung eines Heilverfahrens oder wegen der Wahl des Berufs nicht befolgt worden ist (vgl. § 7 und § 11), und erweist sich dies andauernd als wünschenswert, so ist der Rat zu wiederholen und hiervon gleichzeitig dem Schulvorstand oder dem ersten oder einzigen Hauptlehrer besondere Mitteilung zu machen.

§ 9. Die Erziehungsberechtigten sind befugt, der Untersuchung ihrer Kinder persönlich beizuwohnen oder sich dabei durch erwachsene Personen vertreten zu lassen. Die Einladung erfolgt durch die Schule auf vorgeschriebenem Vordruck (Anl. II).

§ 10. (1) Der Untersuchungsbefund ist für jedes Kind sofort in den Gesundheitsbogen einzutragen (s. Anl. I), der das Kind durch die ganze Schule begleitet. Der Bogen ist jeweils nach gemachtem Gebrauch dem Klassenlehrer einzuhändigen. Vorgefundene Krankheiten und Gebrechen, die nicht offen zu Tage liegen, sind vor den Mitschülern geheim zu halten.

(2) Die Gesundheitsbogen sind nach dem Austritt aus der Schule oder Anstalt bis zum vollendeten 24. Lebensjahr der Untersuchten vom Schularzt aufzubewahren. Sie sind nach Gemeinden, Jahrgängen und Geschlecht alphabetisch zu ordnen. Auf Ersuchen von Behörden, insbesondere von Ersatz- oder Gerichtsbehörden, sind die Gesundheitsbogen zur Einsichtnahme auszufolgen. Nach der endgültigen Ausscheidung aus der Registratur des Schularzes sind sie einzustampfen. Nähere Bestimmungen hierüber bleiben vorbehalten.

§ 11. (1) Von dem Untersuchungsbefund ist, falls ein nennenswertes Leiden oder ein sonstiger Fehler vorgefunden wurde, den Erziehungsberechtigten, soweit sie der Untersuchung nicht persönlich angewohnt haben, vom Schularzt schriftlich in verschlossenem Umschlag, Kenntnis zu geben, wobei ihnen in den Fällen, in denen von einer ärztlichen Behandlung Besserung oder Heilung des Leidens als wahrscheinlich erwartet werden kann, der Rat zu erteilen ist, ärztliche oder sonstige Hilfe (z. B. Solbadkuren, Tuberkulosefürsorge, Stottererkurse) zu gebrauchen. Auch steht es dem Schularzt frei, in persönlicher Rücksprache die Erziehungsberechtigten eines mit einer Krankheit oder einem Gebrechen behafteten Kindes zur Beiziehung ärztlicher Hilfe oder Einleitung eines Heilverfahrens zu veranlassen; in besonderen Fällen, z. B. bei mehrfacher Erkrankung in derselben Familie oder bei Verwahrlosung oder Ueberlastung eines Kindes durch körperliche Arbeit sowie bei Tuberkulose eines solchen, ist es Pflicht des Schularztes, nach den obwaltenden Verhältnissen zu sehen.

(2) Für die Mitteilungen an die Erziehungsberechtigten kann in den geeigneten Fällen ein Vordruck nach Anlage III verwendet werden. Soweit

erforderlich, sind auch den Lehrern geeignete Ratschläge bezüglich der Behandlung der mit einem Gebrechen behafteten Kinder beim Unterricht zu erteilen.

(3) Bei tuberkulösen Kindern, deren Eltern der Invalidenversicherung unterliegen, sind die letzteren geeignetenfalls darauf hinzuweisen, daß die Versicherungsanstalt Württemberg unter Umständen eine Fürsorge auf ihre Rechnung eintreten läßt.

(4) Bei Erteilung von Ratschlägen an die Erziehungsberechtigten und an die Lehrer wird dem Schularzt ein taktvolles Vorgehen, insbesondere auch entsprechende Rücksichtnahme auf etwaige Hausärzte, zur Pflicht gemacht.

§ 12. Die Behandlung der erhobenen Krankheiten und Gebrechen ist nicht Sache des Schularztes; eine solche herbeizuführen, ist in erster Linie Pflicht der Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten. Doch hat der Schularzt, wenn es sich um bedürftige Kinder handelt, in geeigneten Fällen den Gemeindebehörden nahe zu legen, die erforderlichen Maßnahmen zur Beseitigung der Gebrechen zu treffen. Wenn die Einleitung einer Tuberkulosefürsorge durch die Versicherungsanstalt Württemberg in Betracht kommt, ist dem Vorstand dieser Anstalt durch den Schularzt Mitteilung zu machen.

§ 13. (1) In den allgemeinen Fortbildungsschulen, Sonntagsschulen und gewerblichen Zeichenschulen findet eine schulärztliche Tätigkeit in der Regel nicht statt. In dem höheren Lehrerinnenseminar, den Frauenarbeitsschulen, Kleinkinderschulen, Kindergärten und Kinderhorten ist nur eine Besichtigung der Schulräume (vgl. § 4 in Verbindung mit § 2 Abs. 3) und der Schüler ohne eingehendere persönliche Untersuchung der letzten vorzunehmen, auch hat die Führung von Gesundheitsbogen zu unterbleiben.

(2) Von den männlichen Schülern der Gewerbe- und Handelsschulen ist der jüngste Jahrgang insbesondere daraufhin zu untersuchen, ob gegen den gewählten Beruf des Schülers im Hinblick auf seine Körperbeschaffenheit und seinen Gesundheitszustand keine Bedenken bestehen. Von etwaigen Bedenken ist den Eltern oder dem Vormund schriftlich Kenntnis zu geben; ein Gesundheitsbogen ist in diesen Fällen nicht anzulegen. Die älteren Jahrjänge und die Schülerinnen sind nur insoweit zu besichtigen, als sie zurzeit der Besichtigung in den Schulräumen anwesend sind und als dies ohne Entkleidung geschehen kann (vgl. im übrigen § 8).

(3) Bei Schülern und Schülerinnen von Privatschulen findet eine eingehendere Untersuchung nur insoweit statt, als eine solche auch stattfinden würde, wenn der betreffende Zögling eine öffentliche Schule besuchen würde.

(4) In Hilfsschulen sind sämtliche Schüler jedes Jahr eingehend zu untersuchen.

§ 14. (1) Der Schularzt hat sich anläßlich seiner regelmäßigen (jährlichen) Schulbesuche davon zu vergewissern, ob von den Lehrern und den zuständigen Schulbehörden die Vorschriften, betreffend Maßregeln bei ansteckenden Krankheiten, beachtet werden.

(2) Treten ansteckende Krankheiten auf, so hat sich der Schularzt nach den bestehenden Verordnungen und Verfügungen zu richten. Die Stellung des Antrags auf Schließung der Schule ist Sache des Schularztes.

(3) Wird bei einem Kinde eine ansteckende Krankheit festgestellt, so sind sofort alle Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet erscheinen, um eine Uebertragung auf andere zu verhindern.

§ 15. (1) Anläßlich der Untersuchung der Schulkinder hat sich der Schularzt jedes Jahr sämtliche in der Gemeinde vorhandenen nicht bereits in einer Anstalt untergebrachten, im volksschulpflichtigen Alter stehenden, wegen irgendeines Gebrechens nicht schulfähigen Kinder, vorstellen zu lassen. Auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, aus dem der Zustand des Kindes hinreichend zu erkennen ist, oder auf Grund eigener Wahrnehmung kann der Schularzt von der Verpflichtung zu persönlicher Vorstellung befreien.

(2) Ueber den Befund der vorgestellten Kinder ist vom Schularzt ein Eintrag in das vorgeschriebene Verzeichnis (vergl. § 13 Abs. 2 der Vollzugsverfügung zum Oberamtsarztgesetz) zu machen. Bei denjenigen Kindern, die

nach Ansicht des Schularztes wegen ihrer häuslichen Verhältnisse in einer Anstalt untergebracht werden sollten oder bei welchem durch Unterbringung in einer geeigneten Anstalt eine das spätere Fortkommen des Kindes erleichternde Ausbildung wahrscheinlich erscheint, ist in dem Verzeichnis in der hierfür vorgesehenen Spalte unter Bezeichnung der in Betracht kommenden Anstalt entsprechender Vorschlag zu machen.

§ 16. (1) Um die erforderlichen Unterlagen für die Entscheidung der Frage zu erhalten, ob die im Lande vorhandenen, zur Unterbringung und Unterrichtung von gebrechlichen Kindern dienenden Anstalten dem Bedürfnis genügen, haben die Schulärzte alle 5 Jahre eine Uebersicht über die im schulpflichtigen Alter stehenden, nicht bereits in einer Anstalt untergebrachten, anstaltsbedürftigen Kinder nach dem Muster der Anlage IV zu fertigen und sie dem Statistischen Landesamt, erstmals über die im Schuljahr 1914 festgestellten Kinder auf 1. April 1915, einzusenden.

(2) Entscheidend für die Aufnahme in die Uebersicht ist die mangelnde Schulfähigkeit, d. h. ob die Kinder durch ihr körperliches oder geistiges Gebrechen dauernd verhindert sind, sich am Unterricht der öffentlichen Schulen zu beteiligen, ohne Rücksicht darauf, ob sie tatsächlich die Schule besuchen oder nicht. Nicht aufzunehmen sind nur schwachbegabte Kinder, die ohne erhebliche Anstände die Volksschule besuchen oder für die durch Einrichtung von Hilfsschulen nach Art. 2 Abs. 5 des Volksschulgesetzes gesorgt ist (§ 13 Abs. 4).

§ 17. Wünscht eine der Oberschulbehörden oder das gemeinschaftliche Oberamt in Schulsachen in einem besonders wichtigen Fall, dessen Erledigung nicht bis zur nächsten ordentlichen oder gelegentlichen Anwesenheit des Schularztes aufgeschoben werden kann, oder zu einem bestimmten Zweck den Besuch des Schularztes im Schulgebäude oder eine besondere Untersuchung irgend welcher Art durch ihn oder seinen Rat oder sein Gutachten in irgend welcher die Schule betreffenden Beziehung, so hat der Schularzt einem solchen Ansuchen Folge zu leisten. Das Verzeichnis der hierdurch entstehenden Diäten und Reisekosten ist mit besonderem Bericht dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung vorzulegen.

§ 18. Den Bezirksschulversammlungen hat der Schularzt, soweit wie irgend möglich, jedenfalls aber bei der Beratung von wichtigeren das Gesundheitswesen berührenden Fragen anzuwohnen. Es empfiehlt sich, hierbei gelegentlich über schulärztliche Beobachtungen Mitteilung zu machen und die aus der Versammlung gestellten Fragen über Schulgesundheitspflege zu erörtern.

§ 19. (1) Der Oberamtsarzt hat über die schulärztliche Tätigkeit und die hierbei gemachten Wahrnehmungen jedes Jahr in einem besonderen Teil seines Jahresberichts eine zusammenfassende Darstellung für seinen Amtsbezirk (bei aus mehreren Oberämtern oder Teilen von solchen zusammengesetzten Bezirken getrennt nach Oberämtern) zu liefern, die den Oberschulbehörden vom Medizinalkollegium zur Einsichtnahme mitgeteilt wird. Vor der Vorlage des Jahresberichts an das Medizinalkollegium ist der die Schularzttätigkeit umfassende Teil den beteiligten Oberämtern und Bezirksschulaufsehern zur Kenntnis zu bringen.

(2) Um den Oberamtsarzt in Stand zu setzen, die erwähnte Darstellung zu geben, sind die besonderen Schulärzte (Art. 3 Abs. 1 des Gesetzes) verpflichtet, dem Oberamtsarzt die erforderlichen Aufschlüsse rechtzeitig zu geben und ihm etwaige tabellarische Uebersichten unentgeltlich zu liefern.

(3) Die im Hauptamt angestellten Gemeindeärzte für das öffentliche Gesundheitswesen, die zugleich Schulärzte sind, haben ihren Bericht unmittelbar dem Medizinalkollegium vorzulegen. Eine Abschrift desselben ist gleichzeitig dem Oberamt, dem Oberamtsarzt, dem Bezirksschulaufseher, den Vorständen der höheren sowie der Gewerbe- und Handelsschulen mitzuteilen.

Anlage I.

/

. . . . Schule. . . . . (Ort)

Vertraulich.

Gesundheitsbogen

des / der

. . . .

geb. den . . . . zu . . . .

eingetreten in die Schule am . . . .

1. Leben Eltern und Geschwister?
2. Frühere Krankheiten:
3. **Untersuchungsbefund**

erhoben von . . . . . . von . . . . . . von . . . . . .

am . . . . . . am . . . . . . am . . . . . .

a) Allgemeinzustand und Nervensystem			
b) Ungeziefer			
c) Knochengerüst, besondere Wirbelsäuleverkrümmungen, Plastfüße u. rachitische Erscheinungen, entstelleude Fehler, Muttermale, Hasenscharten, Narben u. dergl.			
d) Mundhöhle Zähne Sprache (Stottern)			
e) Nasenhöhle			

f) Sehschärfe, Brechungszustand *), Augenkrankheiten			
g) Gehör und Gehörapparat			
h) Lungen			
i) Herz und Blutgefäße			
k) Baucheingeweide, Nieren **), Brüche			

4. Benachrichtigung der Eltern. Beantragtes Heilverfahren?

5) Für den Lehrer zu beachtende Anweisungen.

6. Sonstige Bemerkungen (Während der Schulzeit überstandene Krankheiten oder aufgetretene Gebrechen oder sonstige auffallende Erscheinungen.)

*) Nur bei kurz- oder weitsichtigen Kindern genauer festzustellen.

**) Der Harn braucht nur bei Verdacht auf Normwidrigkeit untersucht zu werden.

Anlage II.

Muster zu einem Einladungsschreiben an die Erziehungsberechtigten zum Anwohnen bei der schulärztlichen Untersuchung.

a) bei Knaben. . . . ., den . . . . 19 . .

Am , den Mts., mittags Uhr, findet die schulärztliche Untersuchung der Schüler der Klasse der Schule in (Ort der Untersuchung) statt. Sie werden eingeladen, der Untersuchung Ihres Kindes beizuwohnen oder sich dabei durch eine erwachsene Person vertreten zu lassen.

Den Erziehungsberechtigten wird empfohlen, den Schularzt auf früher überstandene Krankheiten des Schülers oder auf zur Zeit vorhandene Gesundheitsstörungen oder körperliche Mängel aufmerksam zu machen oder den Schüler zu Hause soweit aufzuklären, daß er imstande ist, zuverlässige Angaben zu machen.

Der Klassenlehrer:

b) bei Mädchen.

Am , den Mts., mittags Uhr, findet die schulärztliche Untersuchung der Schülerinnen der Klasse der Schule in (Ort der Untersuchung) statt. Sie werden eingeladen, der Untersuchung Ihres Kindes beizuwohnen oder sich dabei durch eine erwachsene Person vertreten zu lassen.

Den Erziehungsberechtigten wird empfohlen, den Schularzt auf früher überstandene Krankheiten der Schülerin oder auf zur Zeit vorhandene Gesundheitsstörungen oder körperliche Mängel aufmerksam zu machen oder die Schülerin zu Hause soweit aufzuklären, daß sie imstande ist, zuverlässige Angaben zu machen.

Bemerkt wird, daß Untersuchungen, bei denen eine Entkleidung sich nicht vermeiden läßt, bei Mädchen nicht vorgenommen werden dürfen, wenn die Erziehungsberechtigten Einsprache erheben. Mündliche Einsprachen durch die Kinder werden nicht angenommen. Die Untersuchungen finden einzeln in Abwesenheit der übrigen Kinder und des Lehrers statt. Wenn die Mutter der Untersuchung nicht selbst anwohnt, ist eine weibliche Vertrauensperson zugegen.

Der Klassenlehrer:

Anlage III.

Muster für die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an die Erziehungsberechtigten, wenn sie der Untersuchung nicht selbst angewohnt haben.

Bei der schulärztlichen Untersuchung des/der

. . . .

(Name des Kindes)

ist festgestellt worden, daß er/sie an/mit ______ leidet./behaftet ist.

Da dieser Zustand mit — großer — Wahrscheinlichkeit durch ärztliche/spezialärztliche

Behandlung oder durch . . . . $\frac{\text{geheilt}}{\text{wesentlich gebessert}}$ werden kann, wird empfohlen, eine solche Behandlung eintreten zu lassen.

. . . ., den . . . . 19 . .

Der Schularzt:

(Unzutreffendes ist zu streichen).

Anlage IV.

Muster einer Uebersicht
über die im schulpflichtigen Alter stehenden, wegen eines Gebrechens nicht schulfähigen Kinder, soweit sie nicht bereits in einer Anstalt untergebracht sind.

Oberamt	1. Blinde Kinder				2. Taubstumme Kinder				3. Schwach- und blödsinnige Kinder				4. Epileptische Kinder				5. Krüppelhafte Kinder			
	Gesamtzahl	Hievon sind:			Gesamtzahl	Hievon sind:			Gesamtzahl	Hievon sind:			Gesamtzahl	Hievon sind:			Gesamtzahl	Hievon sind:		
		ev.	kath.	israel.		ev.	kath.	israel.		ev.	kath.	israel.		ev.	kath.	israel.		ev.	kath.	israel.
hievon																				
besuchen die Volksschule																				
erhalten Privatunterricht																				
sollten in Anstalten untergebracht werden.																				
wurden wegen Raummangels in den betreffenden Anstalten abgewiesen .																				

Schulärztlicher Dienst. Verfügung des K. Ministeriums des Kirchen- und Schulwesens vom 15. April 1913.

Zum Vollzug des Gesetzes, betreffend die Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte (Oberamtsarztgesetz), vom 10. Juli 1912 (Reg.-Bl. S. 270) werden folgende Bestimmungen getroffen:

I. Die Oberschulbehörden und die ihnen unterstellten Schulbehörden, Schul-(Anstalts-)Vorstände und Lehrer haben sich mit den Bestimmungen des Gesetzes und der gemeinschaftlichen Vollzugsverfügung der Ministerien der Justiz, des Innern und des Kirchen- und Schulwesens vom 17. März 1913 (Reg.-Bl. S. 82), soweit sie sich auf die Einführung des schulärztlichen Dienstes beziehen (Anl. 1 und 2), sowie mit dem Erlaß des K. Ministeriums des Innern vom 15. April 1913 (Amtsbl. S. 223) und der Dienstanweisung für den Schularzt (Anl. 3 und 4) vertraut zu machen.

II. Der sculärztliche Dienst ist Aufgabe des Oberamtsarztes innerhalb seines Amtsbezirks, sofern nicht für einzelne Gemeinden oder einzelne Schulen oder Anstalten auf Grund des Art. 1 Abs. 2 und Art. 3 Abs. 1 des Gesetzes Ausnahmen bestehen und andere Aerzte staatlich bestellt oder zugelassen sind.

An den staatlichen Seminaren und Konvikten, Erziehungs- und Waisenhäusern hat der Hausarzt die Aufgabe des Schularztes. Für die schulärztliche Tätigkeit des Hausarztes ist die Dienstanweisung für den Schularzt maßgebend.

Gemeinden mit eigenen Schulärzten können mit Genehmigung der Oberschulbehörden über die Dienstanweisung für den Schularzt hinausgehende Bestimmungen treffen, insbesondere häufigere Schüleruntersuchungen vorschreiben (§ 13 Abs. 1 der Vollzugsverfügung zum Oberamtsarztgesetz).

Die Bestellung oder Zulassung besonderer Schulärzte sowie die für diese geltenden abweichenden Bestimmungen werden den beteiligten Schul- oder Anstaltsbehörden zur Kenntnis gebracht.

III. Die Tätigkeit des Schularztes erstreckt sich auf alle den Oberschulbehörden unterstellten öffentlichen und diesen gleichstehenden Schulen und Anstalten; sie umfaßt daher

a) die Volksschulen, einschließlich der Mittel- und Hilfsschulen und der Seminarübungsschulen,
b) die Waisen- und Erziehungshäuser,
c) die allgemeinen Fortbildungsschulen und die Sonntagsschulen,
d) die Lehrerbildungsanstalten,
e) die höheren Schulen für die männliche und weibliche Jugend, einschließlich der niederen evangelisch-theologischen Seminare sowie der katholischen Konvikte, der Bürgerschulen und der Elementarschulen,
f) die Gewerbe- und Handelsschulen sowie die Frauenarbeitsschulen und die gewerblichen Zeichenschulen.

Ebenso unterstehen der schulärztlichen Aufsicht alle Privatschulen, Kleinkinderschulen, Kindergärten und Kinderhorte.

IV. Die Aufgaben des Schularztes (Art. 5 Abs. 2 ff. des Gesetzes) sind im einzelnen in der Dienstanweisung (Anlage 4) geregelt (vergl. jedoch Nr. 11 Abs. 8 dieser Verfügung).

Zu den einzelnen Bestimmungen der Dienstanweisueg ist folgendes zu bemerken:

1. Die Begutachtung von Gesuchen um Befreiung von der Teilnahme an einzelnen Unterrichtsfächern (§ 1 Abs. 2 Nr. 4 der Dienstanweisung) ist, sofern nicht eine Erledigung auf schriftlichem Wege oder eine Vorstellung des Schülers am Wohnsitze des Schularztes möglich ist, wenn irgend tunlich anläßlich eines Besuchs des Schularztes unter persönlicher Vorstellung des betreffenden Schülers zu beantragen. Eine Begutachtung durch den Schularzt ist nur dann zu veranlassen, wenn Tatsachen vorliegen, welche eine Beanstandung des Gesuchs oder eines vorgelegten Zeugnisses gerechtfertigt erscheinen lassen.

Bei größeren Schulen sind die Anträge auf schulärztliche Begutachtung erforderlichenfalls gesammelt dem Schularzt zu übermitteln.

Für den Fall, daß besondere Reisekosten durch eine solche Begutachtung verursacht werden, ist vorherige Genehmigung der Oberschulbehörde einzuholen. Stellt ein Erziehungsberechtigter den Antrag auf eine schulärztliche Begutachtung, durch welche besondere Reisekosten entstehen, so hat der Antragsteller die Kosten zu hinterlegen, bevor der Schularzt berufen wird.

2. Die Mitwirkung des Schularztes bei der Zurückstellung noch nicht schulreifer Kinder oder bei der Zuweisung von Kindern an eine Hilfsschule (§ 1 Abs. 2 Nr. 5 der Dienstanweisung) hat gelegentlich eines sonstigen Besuchs des Schularztes zu erfolgen. Die beteiligten Stellen haben daher das Erforderliche hiewegen jeweils rechtzeitig vorzubereiten; insbesondere sollen solche Kinder, deren Zurückstellung oder Ueberweisung an eine Hilfsschule in Frage kommt, frühzeitig ermittelt und, wenn irgend möglich, bei dem dem Schuleintritt oder der Ueberweisung vorhergehenden Besuch des Schularztes vorgestellt werden.

3. Die Mitteilungen und Anträge, welche den Schulvorständen, den ersten oder einzigen Hauptlehrern auf Grund des § 2 Abs. 3 und des § 5 Abs. 2 der Dienstanweisung zugehen, sind von diesen, soweit ihnen nicht selbst die Erledigung zukommt, im ordentlichen Dienstweg der zuständigen Stelle vorzulegen. Diese bestimmt sich für jede Schulgattung nach den hierüber erlassenen Vorschriften. Von der Erledigung ist dem Schularzt durch die zuständigen Schulbehörden Kenntnis zu geben.

4. Etwaige Beobachtungen über gesundheitliche Verhältnisse der Schüler, über den Zustand der den Zwecken der Schule dienenden Gebäude und ihrer Einrichtungen usw., welche die Lehrer im Laufe des Schuljahrs machen und die nicht ohne weiteres von den Schulbehörden zur Erledigung gebracht werden können, sind zur Mitteilung an den Schularzt und zur Erörterung mit diesem anläßlich seiner Besuche durch die Beteiligten vorzumerken, sofern nicht im einzelnen Falle eine sofortige Benachrichtigung des Schularztes geboten ist.

Die Fragebogen für die statistische Aufnahme der Taubstummen (Min.-Verf. vom 1. Febr. 1912, Reg.Bl. S. 18) und die Listen der gewerblich tätigen Schulkinder (Min.-Verf. vom 2. Oktober 1911, Min.-A.Bl. S. 139) sind bei den Untersuchungen und Besichtigungen des Schularztes zur Einsichtnahme bereitzuhalten.

5. Die Schulbehörden haben, sobald ihnen der Zeitpunkt der Untersuchung oder Besichtigung bekannt geworden ist, die Lehrer zu benachrichtigen und in ihrem Teil die notwendigen Einleitungen wegen Bereitstellung und entsprechender Ausrüstung der erforderlichen Räume, gegebenenfalls im Benehmen mit der zuständigen Gemeindebehörde, zu treffen (vergl. § 2 Abs. 2 der Dienstanweisung). Soweit erforderlich, ist die Unterrichtszeit in geigneter Weise zu verlegen. Auf die Ferienzeiten kann eine Untersuchung oder Besichtigung nicht anberaumt werden. Die Schule hat die Schüler (vergl. § 6 Abs. 1, 4 und 5, § 7, § 8 und § 13 der Dienstanweisung) zu den Untersuchungen und Besichtigungen zu bestellen und die Erziehungsberechtigten hiezu einzuladen. Die älteren Jahrgänge der Schüler der Gewerbe- und Handelsschulen, die zurzeit des Besuchs des Schularztes keinen Unterricht haben, sind nicht zu bestellen. Die erforderlichen Vordrucke zur Zustellung an die Beteiligten durch Vermittlung der Schüler gehen den Organen der Schule durch das Oberamt oder den Schularzt zu (§ 9 der Dienstanweisung).

Eine Untersuchung von Schülern, die als Zöglinge einer staatlichen Anstalt bereits von dem Anstaltsarzt untersucht worden sind, hat zu unterbleiben. Die Gesundheitsbogen dieser Schüler sind dem Schularzt zur Durchsicht mitzuteilen.

6. Die Lehrer sind dafür verantwortlich, daß die Schüler rechtzeitig zur Stelle sind. Findet die Untersuchung oder Besichtigung außerhalb des Schulgebäudes statt, so haben die Klassenlehrer ihre Klassen zu begleiten, sofern nicht im einzelnen Fall vom Schulvorstand besondere Anordnung getroffen wird.

Während der Vornahme der Untersuchungen und Besichtigungen durch den Schularzt (§§ 6, 7, 8 und 13 der Dienstanweisung) hat der Klassenlehrer für Aufrechterhaltung der Ordnung und ungestörte Abwicklung des Geschäfts Sorge zu tragen und sich für etwaige Auskunftserteilung bereit zu halten, auch wenn die Untersuchung oder Besichtigung sich über die ordentliche Unterrichtszeit hinaus erstreckt. Die Anwesenheit eines Lehrers im Untersuchungszimmer für die Mädchen ist nicht gestattet.

7. Die Gesundheitsbogen (§ 10 der Dienstanweisung), die den Schulbehörden vom Oberamt oder vom Schularzt zugestellt werden, sind von den Klassenlehrern für die Untersuchungen und Besichtigungen des Schularztes vorzubereiten, insbesondere haben sie für die Ausfüllung des Kopfes des Bogens

(einschließlich der Fragen 1, 2 und 3 Eingang) erforderlichenfalls nach Anhörung der Eltern vor der Untersuchung Sorge zu tragen. Die Befragung der Eltern erfolgt am zweckmäßigsten bei der erstmaligen Aufnahme der Kinder in die Schule.

Die Lehrer haben ferner den Schularzt bei den weiteren Einträgen in die Bogen und bei den Mitteilungen an die Erziehungsberechtigten (§§ 11 und 13 der Dienstanweisung) aus Anlaß der Untersuchungen und Besichtigungen zu unterstützen, soweit nicht im einzelnen Fall von dem Schulvorstand besondere Anordnung getroffen wird oder von der Gemeinde besondere Hilfskräfte hierfür gestellt werden (vergl. auch oben Nr. 5).

8. Der Inhalt der Gesundheitsbogen ist geheim zu halten. Sie sind vom Schulvorstand, dem ersten oder einzigen Hauptlehrer nach Bekanntgabe an den Klassenlehrer und die übrigen beteiligten Lehrer sorgfältig verschlossen zu verwahren. Der Schulvorstand kann erforderlichenfalls über die Aufbewahrung der Gesundheitsbogen besondere Bestimmungen treffen, namentlich sie einzelnen Lehrern übertragen. Unberechtigten Dritten darf eine Einsicht in die Gesundheitsbogen nicht gestattet werden, dagegen sind sie dem Schularzt auf Verlangen jederzeit auszufolgen. Beim Uebertritt eines Schülers in andere Schulen oder Anstalten ist der Gesundheitsbogen der neuen Schule oder Anstalt im ordentlichen Dienstweg zu überweisen. Erforderlichenfalls hat der Vorstand der Schule oder Anstalt, in welche der Eintritt erfolgt, oder die zum Empfang berufene Stelle die Beibringung des Gesundheitsbogens zu veranlassen.

9. Die Mitteilungen des Schularztes an die Erziehungsberechtigten (§§ 11 und 13 Abs. 2 der Dienstanweisung) über den Untersuchungsbefund usw. hat die Schule in geeigneter Weise weiterzugeben, sofern dies nicht seitens der Gemeinde (Hilfskraft) geschieht. Die Zustellung muß in geschlossenem Umschlag erfolgen. Durch Vermittlung der Schulkinder soll die Zustellung nur dann geschehen, wenn hiergegen keine Bedenken obwalten.

10. Bei der Entlassung der Schüler aus der Schule oder Anstalt nach Beendigung des Schul- oder Anstaltsbesuchs sind die Gesundheitsbogen, abgesehen von denen der Hilfsschüler, dem Schularzt zuzustellen.

Die Gesundheitsbogen der Hilfsschüler sind nach der Schulentlassung vom Leiter der Hilfsschule dem Zivilvorsitzenden der für den Ort zuständigen Ersatzkommission (Oberamt) zu übersenden.

11. Die Fortführung oder Neuanlegung von Gesundheitsbogen unterbleibt in den allgemeinen Fortbildungsschulen, den Sonntagsschulen, den Gewerbe- und Handelsschulen, den gewerblichen Zeichenschulen, den Frauenarbeitsschulen und dem höheren Lehrerinnenseminar (§ 13 der Dienstanweisung).

Soweit für einzelne Arten von Anstalten weitergehende besondere Bestimmungen getroffen sind, bleiben diese durch die gegenwärtigen Vorschriften unberührt.

12. Für die Anlage des vom Schularzt zu führenden besonderen Verzeichnisses über die nicht in einer Anstalt untergebrachten, im schulpflichtigen Alter stehenden, aber wegen irgend eines Gebrechens nicht schulfähigen Kinder (§§ 15 und 16 der Dienstanweisung) hat der Ortsschulrat dem Ortsvorsteher die geeigneten Mitteilungen zu machen.

13. Ueber die Zulässigkeit der Einholung von Gutachten sowie der Anträge auf Vornahme außerordentlicher Besuche und Untersuchungen des Schularztes in besonderen Fällen seitens der Schulbehörden vergl. § 17 der Dienstanweisung. Die Lehrer haben gegebenenfalls ihre Anträge an die vorgesetzte Behörde zu stellen.

Zu den Bezirksversammlungen ist der Schularzt unter Mitteilung der Tagesordnung einzuladen (§ 18 der Dienstanweisung).

V. Der Erfolg der schulärztlichen Einrichtung wird wesentlich von der sachgemäßen Mitwirkung der Organe der Schule abhängen. Sie haben daher in ihrem Teil den Schularzt in der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen und namentlich zu einer glatten und raschen, den Schulbetrieb möglichst wenig störenden Abwicklung der schulärztlichen Geschäfte beizutragen.

Der Erlaß der Oberschulbehörden für die Volksschule, betreffend die Statistik der nicht vollsinnigen schulpflichtigen Kinder, vom 21. Feeruar 1910, Amtsblatt S. 12, wird aufgehoben.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 10. 20. Mai. 1913.

Rechtsprechung.

Die Polizeiverordnung über das Verbot der Ankündigung nicht freigegeber Arzneimittel bezieht sich auch auf Apotheker. Thieme-Thee ist als Heilmittel anzusehen. Urteil des preuß. Kammergerichts (Str.-Sen.) vom 27. März 1913.

Nach den Angaben des angeklagten Apothekers selbst und nach dem Gutachten der Sachverständigen ist der Thieme-Tee ein trockenes Gemenge im Sinne der Nr. 4 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 und mit Rücksicht auf seine abführende, schweiß- und urintreibende Wirkung auch als Heilmittel anzusehen. Das Gericht hat auch die Ueberzeugung gewonnen, daß der Angeklagte den Tee zwar als Vorbeugungsmittel angepriesen), sehr wohl aber gewußt und gewollt habe, daß er auch als Heilmittel gekauft werde, um einen möglichst großen Absatz zu erzielen. Wenn Jemand ein Tee kauft, der abführende, schweiß- und urintreibende Wirkung hat, so wird er ihn vorkommenfalls auch als Heilmittel, z. B. gegen Verstopfung gebrauchen.

Polizeiverordnungen, durch die „Echtheit" der in Drogenhandlungen feilgehaltenen Arzneimittel verlangt wird, sind rechtsgültig. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 23. Januar 1913.

Bei der amtlichen Besichtigung in einer Drogenhandlung wurden Arzneimittel mit der Aufschrift Terpentinoel und essigsaure Tonerde vorgefunden, die von dem Sachverständigen als „Kienoel" und „Alaunlösung" festgestellt wurden. Bei dem darauf eingeleitetrn Strafverfahren wurde der Angeklagte zu einer Geldstrafe verurteilt und sein Einwand, er habe die Mittel von einer angesehenen Firma erhalten, mit der Begründung zurückgewiesen, daß er verpflichtet gewesen sei, die Mittel untersuchen zu lassen, wenn er nicht selbst dazu im Stande sei; diese Unterlassung bedeute fahrlässiges Handeln. Die gegen das Urteil erhobene Revision wurde vom Kammergericht verworfen, da die Vorentscheidung ohne Rechtsirrtum ergangen sei. Die Polizeiverordnung sei rechtsgültig und die Annahme, daß der Angeklagte „unechte" Arzneimittel feilgeboten habe, zutreffend; denn wenn sich in der Packung ein anderes Arzneimittel befunden habe, als darauf angegeben sei, so müsse dies als „unecht" bezeichnet werden.

Vertreiben nicht freigegebener Arzneimittel (Winters natürlicher Gesundheitshersteller alias Naltho-Tabletten) durch Agenten unmittelbar an das Publikum ist als „Ueberlassen an Andere" im Sinne des § 367, 3 Str.-G.-B. anzusehen. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 13. Februar 1913.

Unzulässige Ankündigung des „Radikal-Katheder" als Mittel gegen Gonorrhoe. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 17. März 1913.

Der Angeklagte hat in dem Inserat den „Radikal-Katheder als ein nie

---

[1]) Die Ankündigung lautete: Frauen achtet darauf, Vorbeugen ist besser als Heilen. Um Verdauungsstörungen, Verstopfung, Neigung zur Fettsucht, Ausschlag der Haut usw. vorzubeugen, probiere man den seit 10 Jahre bewährten Thieme--Tee . . . . . Nur in der Apotheke des Apothekers N. (Angeklagten) zu haben.

versagendes Mittel hinstellen wollen und behauptet, daß er ohne jede Berufsstörung gebraucht werden kann. Nach dem Gutachten des Sachverständigen handele es sich bei dem Katheder aber um eine mit Borsäure und Chinosol gefüllte Gummiröhre, die auf keinem Fall ein nie trügendes, unter allen Verhältnissen geeignetes Mittel sei. Auch die Behauptung des Angeklagten, daß der Katheder ohne jede Berufsstörung gebraucht werden könne, sei unzutreffend, da sich als Folge seiner Benutzung Hodenentzündungen einstellten.

Nichtgenehmigung einer Privatkrankenanstalt wegen mangelhafter, den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechender Einrichtungen. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. S.) vom 8. Juli 1912.

Der Kläger hatte beabsichtigt, in seinem aus Keller, Erdgeschoß, Obergeschoß und Dachgeschoß bestehenden Hause eine Privatkrankenanstalt (ein „rituelles Sanatorium") zu errichten und zwar sollten dazu das Erdgeschoß mit einem Eßsaal, 7 Zimmern und den erforderlichen Klosetts verwendet werden, während im Kellergeschoß eine Badeeinrichtung, die Küche und die Wirtschaftsräume untergebracht und gleichzeitig für die im Obergeschoß gelegenen, zu Wohnzwecken zu vermietenden Räume Benutzung finden sollten. Der Bezirksausschuß hatte seine Genehmigung versagt. Dier hiergegen eingelegte Revision wurde vom Oberverwaltungsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen: Der Vorderrichter geht davon aus, daß die von dem Kläger projektierte Anstalt den gemäß § 30 Abs. 1 unter b der Reichsgewerbeordnung zu stellenden gesundheitspolizeilichen Anforderungen insofern nicht genügt, als sie in sich und nach außen hin nicht derart abgeschlossen ist, daß Störungen von außen, insbesondere von seiten der nicht zur Anstalt gehörigen, im zweiten Geschoß und im Keller verkehrenden Personen vermieden werden; außerdem entsprechen die Badeeinrichtungen den allgemeinen Anforderungen über Anlage, Bau und Einrichtung von Privatkrankenanstalten nicht. Dies kann keinem Zweifel unterliegen. Nach § 15 der zur Zeit des Erlasses der Vorentscheidung noch in Geltung befindlichen allgemeinen Anordnungen des Regierungspräsidenten muß die klägerische Anstalt einen besonderen Baderaum haben, und die zu diesen führenden Gänge müssen nach den §§ 2 und 5 der allgemeinen Anordnungen mit Fenstern versehen und mindestens 1,80 m breit sein Beide Vorschriften sind, wie aus den Zeichnungen zu ersehen ist, bei dem Zugang zu dem Baderaum im Keller nicht erfüllt. Dies rechtfertigt allein schon die Abweisung der Klage. Im übrigen ist aber auch einwandfrei festgestellt, daß die Anstalt im ganzen so wenig in sich und nach außen abgeschlossen ist, daß Störungen von außen nicht bloß möglich, sondern jederzeit zu befürchten sind. Nach den vorgelegten Zeichnungen ist der an den Krankenräumen vorbeiführende Korridor von der an der Nordwestecke des Hauses gelegenen, unstreitig dem Verkehr zu den oberen Stockwerken dienenden Treppe aus sowohl durch den nicht durch eine Tür geschlossenen Zugang an den Klosetts des Erdgeschosses, wie auch durch das Vestibül dieses Geschosses jederzeit zugänglich. Dem gesamten Verkehr nach dem Obergeschoß allein auf die Treppe in der Nordwestecke zu verweisen, ist aus baupolizeilichen Gründen unstatthaft. Abgesehen hiervon dient die Ecktreppe aber auch dem Verkehre der Insassen des Heilanstalt zu dem Baderaum und der Zugang zu diesem gleichzeitig dem allgemeinen Verkehre zu den für das ganze Haus bestimmten Wirtschaftsräumen im Keller. Das bei einer derartigen Lage der gesamten Anstaltsräume den sanitätspolizeilich zu stellenden Anforderungen nicht genügt ist, ist ohne Rechtsirrtum angenommen. Hiernach mußte die Entscheidung des Bezirksausschusses bestätigt werden. (Sächsische Korrespondenz.).

Polizeiliches Verbot der Einleitung ungenügend geklärter Abwässer einer Molkerei in einem Bach. Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. S.) vom 29. Oktober 1912.

..... Der Kläger ist zufolge seines Molkereibetriebes Urheber des von der Polizeibehörde für vorliegend erachteten polizeiwidrigen Zustandes, zu dessen Beseitigung ihm die Ableitung ungereinigter Abwässer aus seinem Molkereibetrieb in den Peilebach untersagt wird. Eine etwaige Unmöglichkeit, dem polizeilichen Verbot nachzukommen, ist von ihm in den Beschwerden und

in der Klage nicht geltend gemacht worden; es ist auch nicht ersichtlich, daß eine solche Unmöglichkeit besteht ..... In dem in der Verfügung weiter angezogenen Ministerialerlasse vom 20. Februar 1901 (abgedruckt in von Brauchitsch, Preußische Verwaltungsgesetze, Bd. 4, S. 139 ff.) sind die gesetzlichen Bestimmungen aufgeführt worden, welche einem polizeilichen Vorgehen gegen die Verunreinigung von Wasserläufen zugrunde gelegt werden können. Nach diesen Bestimmungen ist die Rechtsgültigkeit der angefochtenen Verfügung zu prüfen, und zwar kommt hier nach der Sachlage in Betracht, inwieweit das Vorgehen der Polizeibehörde in § 3 des Privatflußgesetzes vom 28. Februar 1843 und wegen der nach Behauptung des beklagten Regierungspräsidenten durch die Einleitung der Molkereiabwässer in die Peile hervorgerufenen Gesundheitsgefahr in den allgemeinen Bestimmungen des § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts seine Stütze findet. Daß auf Grund der letztgenannten Bestimmung die Polizei zur Abwendung einer durch Ableitung unreiner Abwässer in einen Wasserlauf (Graben oder Privatfluß) drohenden Gesundheitsgefahr gegen den Urheber einschreiten und die Ableitung verbieten kann, unterliegt keinem Zweifel. Unstreitig wird der Peilebach durch Abwässer gewerblicher Anlagen, die in ihn gelangen, verunreinigt, und der Kläger hat selbst erklärt, daß durch diese Verunreinigung ein gesundheitsgefährlicher Zustand hervorgerufen werde. Er bestreitet jedoch, daß die Einführung der Abwässer aus seinem Molkereibetrieb nach ihrer Beschaffenheit und Menge geeignet sei, die öffentliche Sicherheit zu gefährden, und legt den vorhandenen polizeiwidrigen Zustand den oberhalb gelegenen La.'er und Re.'er Fabriken zur Last, die ihre Abwässer ungereinigt in den Peilebach gelangen lassen. Infolge der Menge dieser Fabrikabwässer werde der Bach, wie er behauptet, so verschmutzt, daß es jedenfalls an demjenigen reinen Objekt, daß durch die geringfügigen Abwässer auf seinem Molkereibetrieb verunreinigt werden könnte, und somit auch an der gesetzlichen Grundlage für das polizeiliche Einschreiten fehle. Diese Ausführung des Klägers erscheint nicht zutreffend. Wie in den vorgenannten Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts dargelegt wird, ist die Polizeibehörde befugt, wenn mehrere Urheber eines polizeiwidrigen Zustandes vorhanden sind, gegen jeden von ihnen einzuschreiten, sofern er nicht etwa nur in ganz unwesentlichem Maße an der Hervorbringung dieses Zustandes beteiligt ist. Wenn die Abwässer aus dem Betriebe des Klägers dem Bach in erheblichem Maße Unreinlichkeiten zuführen, ist der Kläger Miturheber der Bachverunreinigung und kann von der Polizeibehörde zu deren Unterlassung angehalten werden, gleichviel ob der Bach auch durch andere Urheber bereits in hohem Maße verunreinigt wird oder nicht. Auf den verschmutzten Zustand des Baches an der Einleitungsstelle der Molkereiabwässer kommt es sonach nicht an. Die Entscheidung hängt hier vielmehr von der Frage ab, ob tatsächlich durch die Abwässer des Molkereibetriebes Stoffe dem Peilebach zugeführt werden, die geeignet sind, eine gesundheitsgefährliche oder der Vorschrift in § 3 des Privatflußgesetzes zuwiderlaufende Verunreinigung der Peile herbeizuführen.

In dem eingeholten Gutachten des Reg.- und Med.-Rats, das auf Grund persönlicher, unter Zuziehung des Klägers erfolgter Besichtigung an Ort und Stelle erstattet worden ist, wird folgendes ausgeführt: Der Peilebach sei schon vor Einleitung der Abwässer aus dem Molkereibetriebe des Klägers stark verschmutzt und für Gebrauchszwecke (zum menschlischen Genuß oder zum Tränken von Vieh) ungeeignet, sein Wasser zeige schon oberhalb der Molkerei eine schwärzliche Färbung und sei stark übelriechend. Die Molkereiabwässer gelangten im wesentlichen ungeklärt in den Bach, da das in der zuleitenden Rinne befindliche vertiefte Bassin nach seiner Beschaffenheit und der Art der Wasserdurchführung nicht geeignet sei, eine Klärung herbeizuführen; sie seien wegen ihrer leichten Fäulnisfähigkeit zu einer schädlichen Verunreinigung des Bachwassers geeignet. Unschädlich könne ihre Einleitung nur dann erfolgen wenn der Bach eine sehr große Wassermenge führe, wenn er einen graden wenig gekrümmten Lauf habe und wenn nicht in unmittelbarer Nähe des Einlaufs Menschen wohnten, die das Wasser zum eignen Gebrauch oder zum Tränken des Viehes benutzen müßten. Diese Bedingungen könnten hier nicht als erfüllt angesehen werden; denn sobald der Bach Niedrigwasser führe, genüge seine Wassermenge nicht, um die Molkereiabwässer unschädlich

abzuführen. Der Peilebach habe ferner einen außerordentlich geschlängelten Lauf, der die Ablagerung der im Bachwasser enthaltenen fäulnisfähigen Stoffe begünstige und zur Bildung von Schlammbänken mit Fäulnisnrscheinungen führe. Auf der linken Bachseite befinde sich in Höhe der Molkerei eine Schlammbank mit besonders stark ausgeprägten Fäulniserscheinungen und Pilzbildungen, von denen mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, daß die Molkereiabwässer zu ihrer Entstehung erheblich beigetragen hätten. Endlich seien Anwohner dicht unterhalb der Molkerei angesiedelt, die zwar das Wasser des Baches auch ohne Hinzutritt der Molkereiabwässer nicht benutzen könnten, die aber durch die üblen Gerüche derselben, auch wenn der Bach durch andere gewerbliche Anlagen keine Verunreinigung erlitte, während der frostfreien Jahreszeit dauernd belästigt werden würden. Die üblen Gerüche, die sich infolge Ablagerung fäulnisfähiger Stoffe aus den Molkereiabwässern an den Bachrändern entwickelten, seien insofern geeignet, Gesundheitsbeschädigungen hervorzurufen, als manche Menschen gegen schlechte Gerüchte so empfindlich seien, daß sie den Appetit verlieren, Erbrechen bekommen usw., und als eine gründliche Durchlüftung der in der Nähe gelegenen Wohnungen unmöglich gemacht werde. Diese Zustände würden sich, wie am Schluß des Gutachtens ausgeführt wird, auch dann herausbilden, wenn die bestehende starke Verunreinigung des Peilebachs aus anderen gewerblichen Anlagen nicht stattfände, sondern wenn lediglich die Molkerei ihre Abwässer in den Bach abfließen ließe. Diesem Gutachten, das auf sorgfältigen Ermittelungen beruht und in sich schlüssig ist, beizutreten, hat der Gerichtshof keine Bedenken getragen. Es kann auch in seinem Ergebnis durch die Ausführungen in dem letzten Schriftsatz des Klägers nicht enkräftet werden. Der Rauminhalt der Vertiefung in der die Molkereiabwässer der Peile zuführende Rinne ist nicht entscheidend für die Frage, inwieweit eine genügende Klärung dieser Abwässer herbeigeführt wird. Der Sachverständige hat die Bedeutung dieser Vertiefung kritisch gewürdigt und ist mit Rücksicht auf die Schnelligkeit, mit welcher die Abwässer ablaufen, zu dem nach Ansicht des Gerichtshofs zutreffenden Ergebnis gelangt, daß die Vertiefung, da außer der Absetzung des mitgeführten Sandes nur eine geringe Ausscheidung des Kaseins dadurch bewirkt werden kann, zu einer genügenden Reinigung der Abwässer nicht geeignet sei, letztere vielmehr nicht in geklärtem Zustand in die Peile gelangten. Die Annahme des Sachverständigen, daß die Abwässer mindestens zum sechsten Teil aus Milch oder Milchrückständen sich zusammensetzten, beruht zwar nur auf Schätzung, indessen könnte, selbst wenn diese Schätzung nicht völlig zutreffend wäre — bei der Vorsicht, mit welcher das Gutachten im allgemeinen abgefaßt worden ist, kann ein erhebliches Fehlgreifen dabei nicht angenommen werden —, dies nicht zu einer anderen Beurteilung führen. Denn auch bei einem geringen Prozentsatz von Milch oder Milchrückständen in den Abwässern würde diesen ihr eminent fäulnisfähiger Charakter, zu dem auch noch die beigemischten, bläulich schimmernden Fettsubstanzen beitragen, nicht genommen werden. Daß die bereits vor Eintritt der Molkereiabwässer erfolgte Verschmutzung der Peile infolge Einleitung von Abwässern anderer gewerblicher Betriebe für die hier zu entscheidende Frage nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist, ist bereits offen dargelegt worden. Auf die Vernehmung der benannten Zeugen darüber, daß sie üble Gerüche der Molkereiabwässer nicht wahrgenommen hätten, kommt es nicht an, da bei den unstreitig allgemein herrschenden üblen Ausdünstungen des Bachwassers infolge seiner Verschmutzung gegenüber den Darlegungen des Gutachtens durch die Bekundungen von Zeugen nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, daß die Molkereiabwässer, nachdem sie in den Bach gelangt sind, an der Entstehung der üblen Gerüche zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung keinen Anteil gehabt hätten. Wenn endlich vom Kläger noch darauf hingewiesen wird, daß die Annahme der im Gutachten erörterten Uebelstände sich nur auf den niedrigsten Wasserstand beziehe, so kommt in Betracht, daß der Eintritt von Niedrigwasser einen mehr oder minder häufig wiederkehrenden Zustand gestellt und eine genügend sichere Kontrolle darüber, wann Niedrigwasser, das die Ableitung der Molkereiabwässer als gesundheitsgefährlich oder das Publikum belästigend erscheinen läßt, eintritt, nicht möglith ist. Es muß daher mit dem Eintritt der in dem Gutachten geschilderten Wirkung der Abwässereinleitung als mit einem nach den obwaltenden Verhältnissen mit Sicherheit zeitweise eintretenden Zustande gerechnet werden. Demnach ist auf

Grund der stattgehabten Beweisaufnahme für festgestellt zu erachten, daß die Molkereiabwässer aus dem Betriebe des Klägers nach ihrer Menge und Beschaffenheit geeignet sind, den Peilebach derart zu verunreinigen, daß dadurch Gesundheitsgefahren hervorgerufen werden und eine erhebliche Belästigung des Publikums stattfindet. Die Polizeibehörde war daher auf Grund der ihr nach § 10 Titel 17 Teil II des Allg. Landrechts obliegenden Aufgabe und gemäß § 3 des Privatflußgesetzes vom 28. Februar 1843 befugt, ihre weitere Einleitung in dem bisherigen ungereinigten Zustande zu verbieten und zwar auch dann, wenn der Wasserlauf auch ohne die streitige Einleitung bereits in gesundheitsgefährlicher oder das Publikum belästigender Weise verunreinigt war. Daraus folgt die Abweisung der Klage, soweit sie sich gegen die Anordnung selbst richtet.

Benutzung von Straßengräben und Rinnsteinen zur Entwässerung der anliegenden Grundstücke. Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts (IX. S.) vom 17. Dezember 1912.

Straßengräben und Rinnsteine sind in der Regel nur zur Entwässerung der Straße und nicht dazu bestimmt, zur Aufnahme der Abwässer der anliegenden Grundstücke zu dienen, ohne Rücksicht darauf, ob es sich dabei um Gebrauchswasser oder Niederschlagswasser handelt. Soweit diese Regel Platz greift, kann die Polizei zwar die Benutzung der Straßenrinnsteine zur Entwässerung der anliegenden Grundstücke gestatten oder dulden, aber dadurch wird für die Anlieger ein Recht auf diese Benutzung nicht begründet. Durch die Gestattung oder Duldung begibt sich die Polizei nicht des Rechts, dagegen einzuschreiten, und zwar kann dies Einschreiten bis zur Untersagung jeder Wasserzuführung erstreckt werden ohne Rücksicht darauf, ob diese gesundheitsgefährlich oder auch nur belästigend ist. Indem die Polizei der Einführung von Abwässern aus den anliegenden Grundstücken in den Straßenrinnstein entgegentritt, wahrt sie nur die öffentlich-rechtliche Bestimmung der Wegeentwässerungsanlagen.

Diese Regel erleidet dann Ausnahmen, wenn die Benutzung der Straßenrinnsteine zur Entwässerug der anliegenden Grundstücke einer auch für die Polizei verbindlichen ortsrechtlichen Ordnung entspricht. In diesem Falle hat die Polizeibehörde zur Wahrung der einschlagenden polizeilichen Interessen sich in der Regel zunächst an den Straßenunterhaltungspflichtigen und nicht an den Anlieger zu halten. Gegen den letzteren kann sie nur dann und insoweit vorgehen, als die Benutzung des Straßenrinnsteins zur Grundstücksentwässerung zu Mißständen führt, die aus polizeilichen Rücksichten abgestellt werden müssen und sich in keiner anderen Weise als durch einen Eingriff in die dem Anlieger zustehende Benutzung des Rinnsteins sachgemäß beheben lassen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Prüfung der aus Fonds der Oberversicherungsämter zu begleichenden Rechnungen für ärztliche usw. Verrichtungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. April 1913 — M. 1146 — an sämtliche Oberversicherungsämter.

Der Erlaß des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 6. August 1907 — Min Bl. für Med.Angel. S. 279 — findet auch auf die Fonds der Oberversicherungsämter zu begleichenden Rechnungen für ärztliche usw. Verrichtungen (Gutachten pp.) Anwendung. Die Prüfung ist durch den Medizinalreferenten bei der Regierung zu bewirken. Nach Nr. 3a des gedachten Erlasses unterliegen der Prüfung des Regierungs- und Medizinalrats (Kreisarztes bei der Regierung) nur solche Forderungsnachweise, die zu Bedenken hinsichtlich der Höhe des beanspruchten Betrages Anlaß geben.

Im übrigen empfiehlt es sich, für die in Frage stehenden Verrichtungen besondere Sätze mit den ärztlichen Sachverständigen zu vereinbaren. In diesem

Falle bedürfen die Rechnungen keiner medizinalamtlichen Prüfung (vergleiche Ziffer 1 des erwähnten Erlasses).

Haematogen ist ein dem freien Verkehr überlassenes Nähr- und Kräftigungsmittel. Obergutachten der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Erstattet am 11. Dezember 1912.

Das Haematogen Hommel, um das es sich im vorliegenden Falle vorwiegend handelt, wird aus Tierblut (vorwiegend Rindsblut) in der Weise hergestellt, daß das Blut im Vakuum bei etwa 40 bis 50 Grad auf vier Fünftel seines Volumens eingedickt und ihm dann 20 Proz. Glyzerin einschließlich Geschmackverbesserungsmitteln zugesetzt wird. Letztere sind Geheimnis der Firma, scheinen aber nach Geruch und Geschmack den Bestandteilen der Tinkzweite Umstand, der bei der Verschiedenheit der Rechtsprechung in Betracht kommt — die Art und Weise der Anpreisung und des Feilhaltens seitens der tura aromatica des Deutschen Arzneibuches nahezustehen. Die ursprüngliche Verwendung von Alkohol bei der Fabrikation und der Zusatz von Malagawein scheint seit einiger Zeit unterlassen zu werden. Gegenwärtig soll das Präparat alkoholfrei sein. Das fertige Präparat ist eine dunkelrote, durchsichtige Flüssigkeit, da durch den Glyzerinzusatz der Blutfarbstoff aus den Blutkörperchen herausgelöst wird. Der Farbstoff ist zum größten Teil als Oxyhaemoglobin, zum kleineren Teil als Methaemoglobin darin enthalten. Auf Grund dieser Darstellung berechnet sich, wenn man die von Abderhalden für Rinderblut gefundenen Zahlen zugrunde legt, für Hommels Haematogen ein Eiweißgehalt von über 12 Prozent; daraus ergibt sich ein annähernder Eisengehalt von 0,03 Proz. Eisen.

Durch eine sehr vielseitige und übertriebene Reklame, nicht nur in der medizinischen Fachpresse, sondern auch in politischen und anderen Blättern, hat das Präparat sich in den weitesten Kreisen bekanntgemacht.

Unbestritten ist, daß das Haematogen Hommel und seine Konkurrenzpräparate flüssige Gemische im Sinne der Ziffer 5 des Verzeichnisses A zum § 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 sind. Sie dürfen daher als Heilmittel (Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren) außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden.

Die Rechtsprechung in der Frage der Freiverkäuflichkeit des Haematogens ist eine außerordentlich schwankende. Uns sind aus der vom Kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebenen Sammlungen gerichtlicher Entscheidungen aus dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege, ferner aus Sonnenfeld „Die Reichsgesetzlichen Bestimmungen betreffend den Handel mit Drogen und Giften" (Berlin 1912), sowie aus der Pharmazeutischen Presse nur aus den letzten 12 Jahren nicht weniger als 24 gerichtliche Entscheidungen bekannt, die in dieser Frage ergangen sind. Von diesen Entscheidungen haben in der vorliegenden Strafsache zwölf die Freiverkäuflichkeit des Haematogens bejaht, zwölf verneint. Bei der Durchsicht dieser Urteile sind es wesentlich zwei Umstände, die für die Verschiedenheit der Rechtsprechung ins Gewicht fallen.

Der erste ist der Begriff des Heilmittels, denn in § 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 liegt der Nachdruck auf den Worten „als Heilmittel". Er ist in dieser Verordnung näher bestimmt worden als „Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren". Die hierdurch geänderte und genauer definierte Auffassung dessen, was ein Heilmittel ist, kommt in einem Urteil des Kammergerichts vom 5. Oktober 1903 zum Ausdruck, indem es heißt: „Die Verordnung hat die oben entwickelte Begriffsbestimmung offenbar zu dem Zwecke gegeben, um Mittel zur Erhaltung und Kräftigung der Gesundheit, sowie Mittel zur Verhütung von Krankheiten von dem Apotheken-Privileg auszuschließen. Dieses ergibt sowohl der Wortlaut der Verordnung, als der Umstand, daß dem 1899 veröffentlichten Entwurf der Kaiserlichen Verordnung von 1901 ein Gutachten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes beigegeben ist, in dem es heißt: In diesem Entwurf sind in § 1 Abs. 1 die Mittel zur Verhütung von Krankheiten zu den Heilmitteln nicht gerechnet; es ist daher das Apotheken-Privileg darauf nicht ausgedehnt worden. Diesseits muß dieser Ansicht beigetreten werden."

Die Auffassung, daß Nähr- und Kräftigungsmittel nicht zu den Heilmitteln gehören, tritt seitdem in der Rechtsprechung immer deutlicher hervor. Das Oberlandesgericht Köln gab am 28. April 1906 z. B. Lebertranemulsion als Nähr- und Kräftigungsmittel frei, indem es ausführte: „Darauf aber, ob die darin enthaltenen Stoffe heilkräftig sind, kommt es nach § 1 nicht an, wenn nur festgestellt ist, daß sie nicht als Heilmittel feilgehalten oder verkauft worden sind."

Dasselbe Oberlandesgericht erklärte am 8. Juni 1907, daß Haematogen als Nähr- und Kräftigungsmittel sogar zum Gebrauch für Kranke freiverkäuflich sei. Ebenso hatte schon früher das Landgericht Eisenach Haematogen, Eisentropon und Eisensomatose als Nährmittel für freiverkäuflich erklärt, auch wenn gleichzeitig in beigefügten Drucksachen auf die Heilwirkung hingewiesen sei. Aehnlich haben sich andere gerichtliche Entscheidungen geäußert, obwohl sie in einzelnen Fällen zu Verurteilungen gekommen sind, weil — und das ist der angeklagten Drogisten nicht deutlich erkennen ließ, daß sie das Haematogen nur als Nähr- und Kräftigungsmittel feilgehalten und verkauft haben.

Gegen die Freiverkäuflichkeit des Haematogens spricht sich ein Urteil des Oberlandesgerichts Stettin vom 23. Dezember 1910 aus, worauf das Schreiben des Polizeipräsidenten von Stettin bezug nimmt. Aus der Begründung seien folgende Sätze ausgeführt:

„Zur Betrafung aus § 367 Nr. 3 Str.G.B. gehört, daß die fraglichen Zubereitungen — ausdrücklich oder stillschweigend — als zu Heilzwecken dienend feilgehalten worden sind; es muß mit anderen Worten die Absicht des Täters, die Ware zu einer „heilenden" Bestimmungsart feilgehalten zu haben auf irgendeine Weise in die Erscheinung getreten sein, wenn von seiner Bestrafung die Rede sein soll.

Handelt es sich um Zubereitungen, die neben Heilzwecken noch anderen Zwecken (z. B. Nährzwecken) dienen, so mag im einzelnen Falle der Umstand, daß der Täter die betreffende Zubereitung mit einer Zettelaufschrift versieht, ein genügendes Beweismoment dafür sein, daß er sie nicht als Heilmittel, sondern zu einem anderen Zwecke (als Nährmittel) feilhalten und verkaufen will. Nun gibt es aber zweifellos auch Zubereitungen, bei denen von einem solchen doppelten Verwendungszweck nicht die Rede sein kann, die schon ohne weiteres den Charakter des Heilmittels besitzen und anderen Zwecken nicht dienen können.

Wird eine solche Zubereitung feilgehalten oder verkauft, so ergibt sich bei dieser ihrer Natur ohne weiteres, daß sie lediglich als Heilmittel verkauft bezw. feilgehalten sein kann. Von einer Absicht des Täters, solche Zubereitung zu einem anderen Zweck feilzuhalten oder zu verkaufen, kann dann nicht die Rede sein. Nun stellt im vorliegenden Falle der Vorderrichter im Anschluß an das Obergutachten fest, daß das Arnikapflaster nur Heilzwecken dient und daß dies auch bezüglich der beiden anderen Zubereitungen (Haematogen und Jekasol) der Fall ist, daß diese nicht, wie der Angeklagte vorgebracht hatte, neben Heilzwecken auch noch anderen Zwecken (Nährzwecken) dienen. Diese Annahme bewegt sich auf rein tatsächlichem Gebiete und entzieht sich demnach ihrer Nachprüfung durch das Revisionsgericht. Verhält es sich aber mit den fraglichen Präparaten so, wie der Vorderrichter feststellt, so ist seine Annahme, daß sie nur als Heilmittel feilgehalten sein können und feilgehalten worden sind, rechtlich nicht zu beanstanden. Der hiergegen gerichtete Revisionsangriff geht also fehl."

Das Haematogen ist nach der Art seiner Herstellung im wesentlichen Blut, das durch Glyzerinzusatz haltbar gemacht und mit Geschmacksverbesserungsmitteln versetzt ist. Es enthält also alle wesentlichen Bestandteile des Blutes: Eiweiß, Blutfarbstoff, Salze.

In den älteren Lehrbüchern der Arzneimittellehre wird Blut unter den sogenannten Plastica neben Fleisch, Milch, Eiern und dergleichen behandelt und demnach ausschließlich als Nähr- und Kräftigungsmittel angesehen.

Auch auf pharmazeutischer Seite findet sich diese Auffassung vertreten. In dem verbreiteten Hagerschen Handbuche der Pharmazeutischen Praxis (neubearbeitet von Hartwig und Fischer; Berlin 1902, II, S. 490) wird Haematogen unter dem Gruppennamen „Nutrimenta" aufgeführt, mit der besonderen Bezeichnung als „eiweißhaltiges Eisennährmittel". Dagegen wird von anderer Seite hervorgehoben — und diese Auffassung findet sich in dem ersten

Gutachten der technischen Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten, sowie in der Aeußerung des Vorstehers der staatlichen Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalt zu Berlin vertreten —, daß das Haematogen infolge seines Gehaltes an einer organischen Eisenverbindung als Heilmittel anzusehen sei, weil es genossen werde, um dem Körper Eisen zuzuführen. Dabei wird außer acht gelassen, daß Eisen ein regelmäßiger und notwendiger Bestandteil unserer Nahrung ist und daß der Mensch im Fleisch, Eiern usw. täglich sechs bis zehn Milligramm Eisen aufnimmt, die zur Deckung seines Eisenbedarfs erforderlich sind. Ferner wird angenommen, daß das in Form von Haemoglobin dem Körper dargereichte Eisen die gleiche Wirkung ausübt wie die pharmazeutischen und chemischen Eisenpräparate, also z. B. das Ferrum lacticum oder die Blaudschen Pillen. Diese Ansicht beruht auf einem Irrtum.

Das mit dem Blut oder dem Haematogen eingeführte Haemoglobin enthält ebenso wie unsere Nahrungsmittel das Eisen in fester Bindung. Es wird nicht, wie vielfach geglaubt wird, unverändert resorbiert, sondern erfährt im Darm eine Spaltung in einen eiweißartigen Komplex und das eisenhaltige Haematin, das, wenn auch schwierig, resorbiert und zum Aufbau und Ersatz der eisenhaltigen Organbestandteile besonders des roten Blutfarbstoffes dient. Das Haematogen stellt also nur ein besonders eisenreiches Nährmittel dar, dessen Bedeutung zum größten Teile darin liegt, bei eisenarmer Nahrung oder bei Unterernährung eine hinreichende Eisenmenge zur Verfügung zu stellen. Anders aber verhalten sich die Eisenpräparate, in denen das Metall in Salzform vorhanden ist. Aus einer im Bungeschen Laboratorium von Abderhalden (Ztschr. f. Biologie, Bd. 39, S. 193, 1900) ausgeführten Untersuchung an Ratten und Kaninchen von gleichem Wurf ergab sich, wenn zu normaler eisenhaltiger Kost Eisensalze hinzugefügt werden, eine erhebliche Zunahme des Gewichtes und der Haemoglobinbildung bei den Tieren eintrat. Die Zufügung von Haemoglobin und Haematinpräparaten zu derselben Kost war ohne Wirkung auf die Haemoglobinbildung.

Aus diesen und anderen Versuchen ist ersichtlich, daß die Eisensalze eine eigenartige Wirkung auf die blutbildenden Organe besitzen und vielleicht auch das Wachstum günstig beeinflussen, während dem in Form von Haemoglobin zugeführten, in fester, organischer Bindung enthaltenen Eisen diese Wirkung anscheinend nicht zukommt. Mit diesen experimentellen Feststellungen stimmt gut überein, wenn von Aerzten (v. Starck: Deutsche med. Wochenschrift, 1898, Nr. 51; Skutetzky: Die neuen Arzneimittel in der ärztlichen Praxis, Berlin 1908) das Haematogen bei Chlorose als wirkungslos bezeichnet wird. Hervorgehoben wird von den genannten und anderen Aerzten übereinstimmend die appetitanregende Wirkung, die wahrscheinlich den aromatischen Zusatzstoffen zuzuschreiben ist.

Aus der beiliegenden Umhüllung einer in einer hiesigen Drogenhandlung gekauften Flasche Haematogen ist es ersichtlich, daß das Mittel ausschließlich als Nähr- und Kräftigungsmittel bezeichnet ist. Dem widerspricht auch nicht der Inhalt des beigegebenen Prospektes, in dem das Mittel zum teil bei Rekonvaleszenten, bei schwächlichen Kindern und bei altersschwachen Personen empfohlen wird, also bei Zuständen, bei denen von einer Kräftigung der Gesundheit gesprochen werden kann. Allerdings wird in einer Anzahl der Atteste das Haematogen auch bei Krankheiten, wie Bleichsucht, beginnender Tuberkulose und Rhachitis angepriesen. Das Urteil darüber, ob appetitanregende und Nährmittel bei Krankheiten als Heilmittel anzusehen sind, weil sie den Körper widerstandsfähiger machen und dadurch indirekt zur Heilung beitragen, überlassen wir der Rechtsprechung.

Wir fassen unser Gutachten dahin zusammen, daß das Haematogen im wesentlichen als ein eisenreiches Nährmittel zu betrachten ist, das nur mittelbar Heilzwecken dient und dem eine eigenartige heilende Wirkung auf bestimmte Organe nicht bekommt. Die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen hat um so weniger Bedenken dagegen zu erheben, daß das Haematogen dem freien Verkehr überlassen wird, als infolge des Verkaufs des Mittels in Originalverpackung dem Apotheker jede Kontrolle über die Beschaffenheit des Mittels entzogen ist.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 11. **5. Juni.** 1913.

Rechtsprechung.

Können kassenärztliche Vereine, deren Zweck der Abschluß von Verträgen mit Krankenkassen ist, Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister erlangen? Beschluß des Königlichen Kammergerichts (Zivilsenats 1a) vom 4. April 1913.

Im Vereinsregister des Amtsgerichts zu J. ist der „Verein der Aerzte des Kreises J." mit dem Sitze in J. eingetragen. Der Verein hat nach § 2 der Satzungen den Zweck, den kollegialen Zusammenhalt der Aerzte des Vereinsgebiets durch den Ausbau der ärztlichen Organisation zu stärken, der Krankenversicherung durch Bereithaltung ärztlicher Hilfe zu dienen und dadurch die Volksgesundheit zu fördern. Dieser Zweck soll dadurch erreicht werden, daß an Stelle der Einzelärzte der Verein entweder für die Gesamtheit oder für einzelne seiner Mitglieder mit den im Vereinsgebiete bestehenden Krankenkassen Verträge abschließt und sich an deren Durchführung beteiligt. Es ist ein Geschäftsausschuß vorgesehen, der nach § 16 des Vertrags Verhandlungen mit den Krankenkassen zu führen und mit ihnen Verträge abzuschließen hat, „die nach gutachtlichem Gehör und Genehmigung der zuständigen Vertragskommission und der Mitgliederversammlung für alle Vereinsmitglieder rechtsverbindlich sind". Der Geschäftsausschuß hat weiter die Mitgliederliste zu führen, die Vereinsmitglieder hinsichtlich ihrer kassenärztlichen Tätigkeit zu überwachen und Mitglieder in das mit den Kassen vereinbarte Schiedsgericht abzuordnen.

Am 18. Januar 1913 regte der Regierungspräsident zu A. bei dem Landgericht zu A. die Herbeiführung der Löschung des Vereins in dem Vereinsregister an, indem er ausführte, daß der Zweck des Vereins auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet und die Eintragung des Vereins daher wegen Mangels einer wesentlichen Voraussetzung unzulässig gewesen sei. Das Landgericht gab dieser Anregung Folge und teilte dem Vorstande des Vereins unter Bestimmung einer Frist von einer Woche zur Geltendmachung eines Widerspruchs mit, daß es beabsichtige, den Verein im Vereinsregister zu löschen. Der Vereinsvorstand erhob rechtzeitig Widerspruch; das Landgericht sah ihn jedoch als unbegründet an und wies durch Beschluß vom 28. Februar 1913 das Amtsgericht an, den Verein im Vereinsregister zu löschen.

Hiergegen richtet sich die sofortige Beschwerde des Vereins.

Gemäß § 143 Abs. 2 RFGG. findet gegen die einen Widerspruch zurückweisende Verfügung des Landgerichts die sofortige Beschwerde an das Oberlandesgericht, und zwar gemäß § 199 Abs. 2 RFGG. in Verbindung mit Art. 7, 8 PrFGG. in Preußen an das Kammergericht statt. Die Beschwerde ist also zulässig; sie ist auch form- und fristgerecht eingelegt.

Nach § 159 in Verbindung mit §§ 143, 142 RFGG. kann das dem Registergericht im Instanzenzuge vorgeordnete Landgericht die Löschung einer Eintragung in das Vereinsregister verfügen, wenn sie wegen Mangels einer wesentlichen Voraussetzung unzulässig war. Es fragt sich mithin, ob die Annahme des Landgerichts zutrifft, daß der beschwerdeführende Verein in das Vereinsregister nicht habe eingetragen werden dürfen, weil sein Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist (§§ 21, 22 BGB.). Da es sich nicht um das Rechtsmittel der weiteren Beschwerde handelt, ist das Kammergericht bei der Erörterung dieser Frage nicht auf die Prüfung beschränkt, ob die angefochtene Entscheidung auf einer Verletzung des Gesetzes beruht (§ 27 RFGG.), vielmehr ist die Möglichkeit einer Nachprüfung der Vorentscheidung auch nach der sachlichen Seite gegeben, und es können neue Tatsachen berücksichtigt werden (KGJ. 28 A 234).

Die Ansichten darüber, wann der Zweck eines Vereins nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet, der Verein also eintragungsfähig ist, gehen in Rechtslehre und Rechtsprechung nicht unerheblich auseinander (vgl. die Uebersicht bei Staudinger, BGB., 7. 8., § 21 Anm. V und in der Entscheidung des O.L.G. Frankfurt a. M. vom 8. 3. 1910, Frankfurter Rundschau Band 44 S. 138). Wie man sich aber auch im einzelnen zu diesen verschiedenen Ansichten stellen mag: ein Verein ist jedenfalls dann nicht eintragungsfähig, wenn der Zweck des Vereins ein wirtschaftlicher ist und zugleich dieser Vereinszweck unmittelbar durch einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb erreicht werden soll.

Der Zweck ist ein wirtschaftlicher, wenn der Verein für sich oder seine Mitglieder wirtschaftliche Vorteile erstrebt. Für die Frage, welchen Zweck ein Verein verfolgt, kommt es nicht entscheidend darauf an, welche theorethischen Anschauungen er von seinen Aufgaben hat, sondern auf seine praktische Stellungnahme und auf die Maßregeln, die er zur Durchführung seiner Grundsätze ergreift (vergl. Oppenheimer in Iherings Jahrbüchern Bd. 47 S. 186 und Beschluß des Landgerichts Cöln vom 5. Februar 1900, Deutsche Juristenzeitung 1900 S. 120). Vielfach trifft ein wirtschaftlicher und ein idealer Zweck zusammen. In einem solchen Falle ist der „Hauptzweck" — oder, wie das Reichsgericht es gelegentlich ausdrückt, der „eigentliche" Zweck (Urteil des Reichsgerichts in Strafsachen vom 10. Oktober 1904, Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht XII S. 201) — maßgebend. Dies wird sowohl in den Protokollen der zweiten Lesung (Bd. I S. 501) wie in der Denkschrift zum BGB. (S. 9) ausdrücklich hervorgehoben und mit Recht auch sonst ganz überwiegend als richtig anerkannt.

Was unter einem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zu verstehen ist, durch den ein Verein seinen Zweck unmittelbar zu verwirklichen sucht, ist bestritten. Man kann aber unbedenklich davon ausgehen, daß ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb jedenfalls dann vorliegt, wenn ein Verein nach außen hin planmäßig wirtschaftliche Geschäfte betreibt, d. h. mit Dritten — im Gegensatze zu den Vereinsmitgliedern — Rechtsgeschäfte abschließt, die Rechte und Verbindlichkeiten erzeugen können, wirtschaftliche Vorteile irgend welcher Art bringen sollen, und auf Grund deren ein entgeltlicher Uebergang von wirtschaftlichen Werten stattfinden soll.

Ein wirtschaftlicher Zweck und ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb in dem vorstehend dargelegten Sinne können auch bei Berufs- und Fachvereinen vorliegen, welche die gemeinsamen Interessen der Berufsgenossen wahren oder fördern wollen. Sie sind dann nicht eintragungsfähig. In der Denkschrift zum BGB. (S. 9) und in den Protokollen der zweiten Lesung (a. a. O. S. 497) werden zwar solche Berufsvereine für eintragungsfähig erklärt, sofern sie nicht etwa den Charakter von Produktivgenossenschaften oder Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit haben. Das kann aber nicht als völlig zutreffend anerkannt werden; denn ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb zur unmittelbaren Verfolgung wirtschaftlicher Zwecke kann bei Berufsvereinen auch dann vorhanden sein, wenn es sich nicht gerade um eine Produktivgenossenschaft oder eine Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit handelt. Beides sind nur Beispiele von Fällen, in denen zweifellos die Voraussetzungen für die Eintragung in das Vereinsregister nicht gegeben sind.

Was nun die Kassenarztvereine angeht, so kann als gerichtsnotorisch davon ausgegangen werden, daß die große Mehrzahl der Aerzte sich den Krankenkassen gegenüber in einer Kampfstellung befindet. Ihr Streben ist in erster Linie auf Beseitigung der sogenannten fixierten Krankenkassen-Arztstellen und Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen gerichtet. Diese Bestrebungen, die vor allem von dem „Verbande der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", dem „Leipziger Verbande", vertreten werden (vergl. auch R.G. 68 S. 189), haben eine erhöhte Bedeutung durch die bevorstehende Einführung der Reichsversicherungsordnung gewonnen, durch die der Kreis der Versicherten erheblich erweitert und damit die Privatpraxis der Aerzte weiter beschränkt wird. Wie die Aerztlichen Mitteilungen, das offizielle Organ des Leipziger Verbandes ersehen lassen (XIII. Jahrgang S. 143), ist am 18. Februar 1912 von dem Geschäftsausschusse des Deutschen Aerztevereinsbundes zur Herbeiführung der freien Arztwahl und

Durchsetzung günstigerer Vertragsbedingungen einstimmig ein gleichzeitiges, geschlossenes, gleichmäßiges und einheitliches Vorgehen aller kassenärztlichen Organisationen für unerläßlich erklärt worden. Die Kassenarztvereine sollen, diesen Beschlüssen zufolge, die Rechtsfähigkeit erwerben und „den Abschluß und die Durchführung der Kassenarztverträge als Zweck in ihre Satzungen aufnehmen und verfolgen". Ausweislich des Schreibens des Generalsekretärs K. des Leipziger Verbandes vom 27. Dezember 1912 an Dr. W. in R. (Bl. 22 der Akten) sind auf Grund der von dem Leipziger Verbande herausgegebenen Mustersatzungen bereits hunderte solcher Kassenarztvereinigungen begründet worden.

Um eine Kassenarztvereinigung nach Maßgabe der Beschlüsse vom 18. Februar 1912 handelt es sich auch in dem hier zur Erörterung stehenden Falle. Der Hauptzweck des Vereins ist in Uebereinstimmung mit diesen Beschlüssen der Abschluß und die Durchführung der Kassenarztverträge. Das tritt in § 2 der Satzungen allerdings nicht sehr klar zutage, da dort ein anderer, idealer Zweck in den Vordergrund gerückt ist. Die Fassung des § 2 stimmt fast wörtlich mit einem, in den Aerztlichen Mitteilungen wiedergegebenen Vorschlage des Dr. Sardemann (Marburg) überein (XIII. Jahrgang S. 460). Dort heißt es: „Die Verbände müssen absolut sicher vertragsfähig, d. h. in der Lage sein, einklagbare Verträge abzuschließen, und die Macht haben, ihre Mitglieder zur Durchführung der Verträge anzuhalten. Darum ist die Rechtsfähigkeit der Vereine ein unumgängliches, notwendiges Erfordernis. Diese zu erlangen, ein eingetragener Verein zu werden, wird keine Schwierigkeit machen, weil der Zweck der Vereine nicht auf einen wirtschaftlichen Betrieb gerichtet ist. Ihr Zweck wird vielmehr sein: „den kollegialischen Zusammenhalt der Aerzte des Vereinsgebietes durch den Ausbau der ärztlichen Organisation zu stärken"; wem dabei der Verdacht auf einen wirtschaftlichen Betrieb noch nicht genügend vorgebaut zu sein scheint, mag den Zweck durch folgendes erweitern: „der Krankenversicherung durch Bereithaltung ärztlicher Hilfe zu dienen und dadurch die Volksgesundheit zu fördern". Dieser Zweck soll dadurch erreicht werden, daß an Stelle der Einzelärzte „der Verein den Abschluß und die Kündigung der Verträge über die ärztliche Versorgung der Mitglieder der durch die Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Krankenkassen durch die Gesamtheit oder einzelne seiner Mitglieder vollzieht und sich die Durchführung dieser Verträge angelegen sein läßt". Die gewählte Fassung der Satzungen hat also ihren Grund darin, daß man den Anschein vermeiden wollte, als handele es sich um einen Verein, dessen Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist. Entscheidend ist aber nicht die Fassung der einen oder anderen Bestimmung der Satzungen, sondern ihr gesamter Inhalt. Danach aber kann nicht zweifelhaft sein, daß der beschwerdeführende Verein in erster Linie den Abschluß und die Durchführung von Verträgen mit den Krankenkassen bezweckt. Denn die Satzungen sind vollständig auf diesen Zweck zugeschnitten. Die Vereinstätigkeit erschöpft sich in dem Abschluß und der Durchführung der Verträge. Jede andere Tätigkeit liegt außerhalb der satzungsmäßigen Aufgaben des Vereins.

Der Abschluß und die Durchführung der Verträge stellen aber einen wirtschaftlichen Zweck dar.

Ist schon das Streben nach Erlangung der freien Arztwahl als etwas rein wirtschaftliches anzusehen (RG. 68 S. 191), so gilt dies um so mehr von dem Abschluß und der Durchführung der Verträge durch die Vereine. Den organisierten Krankenkassen sollen die in dem Verein zusammengefaßten Aerzte gegenübertreten. Es soll nicht der einzelne Arzt mit den Kassen vertragliche Beziehungen anknüpfen — dies ist sogar ausdrücklich untersagt (§ 11 der Satzungen) —, sondern es soll der Verein als Vertragspartei die Verträge schließen, die dann für die Vereinsmitglieder bindend sein sollen. Den Kassen soll dadurch die Möglichkeit genommen werden, durch ihr wirtschaftliches Uebergewicht den einzelnen Arzt zum Abschluß eines Vertrages unter ungünstigen Bedingungen zu veranlassen, und anderseits soll der Wettbewerb unter den Aerzten des Bezirks ausgeschaltet und damit naturgemäß eine Ursache für die nach Ansicht der Aerzte vielfach unzureichende Vergütung ihrer ärztlichen Tätigkeit beseitigt werden. Die Aerzte, die sich durch die Entwicklung des Krankenkassenwesens in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht sehen, erlangen durch ihre Zusammen-

fassung in dem Verein eine an sich wohl durchaus zu erwünschende wirtschaftlich stärkere Stellung den Kassen gegenüber. Sie wollen durch Vermittlung des Vereins günstigere Bedingungen erzielen, insbesondere eine höhere Vergütung für ihre Tätigkeit erlangen. Diesen wirtschaftlichen Zweck verfolgt der Verein nicht nur mit dem Abschlusse, sondern auch mit der Durchführung der Verträge durch Ueberwachung der Vereinsmitglieder hinsichtlich ihrer kassenärztlichen Tätigkeit; gerade durch die letztere Maßnahme kann der Verein hoffen, die Kassen dem Abschlusse von Verträgen mit dem Verein unter den von diesem gewünschten Bedingungen geneigter zu machen.

Es kann allerdings bei der hohen Auffassung, welche die Aerzte von ihrem Berufe zu haben pflegen, nicht bezweifelt werden, daß sie auch den in § 2 der Satzungen angegebenen idealen Zielen nachstreben. Aber die Verfolgung dieser idealen Ziele stellt nicht den Hauptzweck des Vereins dar, sondern die idealen Interessen sollen nur mittelbar auf der Grundlage einer wirtschaftlichen Besserstellung der Aerzte gefördert werden.

Es liegt aber auch ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb (in dem oben dargelegten Sinne) vor, durch den der Vereinszweck unmittelbar erreicht werden soll: Der Verein betreibt nach außen hin planmäßig wirtschaftliche Geschäfte, indem er — und zwar er allein — mit zahlreichen Krankenkassen Verträge abschließt. Er bedient sich hierzu eines besonderen Organs, nämlich des Geschäftsausschusses. Durch den Abschluß der Verträge werden für den Verein als solchen unmittelbar Rechte und Pflichten begründet; der Verein selbst kann die Kassen aus den Verträgen in Anspruch nehmen und er haftet seinerseits auf Vertragserfüllung. Wenn auch der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist (RG. 66 S. 143), so stellt doch die ärztliche Tätigkeit einen wirtschaftlichen Wert dar. Dieser wirtschaftliche Wert ist Gegenstand der abzuschließenden Verträge. Es soll durch den Geschäftsbetrieb, der einen recht erheblichen Umfang annehmen kann, im Interesse der Vereinsmitglieder eine angemessene Vergütung für ärztliche Hilfeleistung erzielt werden, als dies bisher dem einzelnen Arzte möglich war.

Hiernach ist der Zweck des beschwerdeführenden Vereins auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet und der Verein daher nicht eintragungsfähig. Wenn Ebermayer in einem „Zur Rechtsfähigkeit der Kassenarztvereine" betitelten Aufsatze (Deutsche Med. Wochenschrift; 1912 S. 2422) bei den Kassenarztvereinen die Einrichtung eines kaufmännischen Geschäfts vermißt, so ist dem entgegenzuhalten, daß das Vorhandensein eines solchen nach dem Gesetze nicht die Voraussetzung eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs ist. Ebermayer kann sich allerdings für seine Ansicht auf den Kommentar von Reichsgerichtsräten zum BGB. berufen (§ 21 Anm. 2). Dort wird aber zugleich hervorgehoben, daß unter den Begriff des kaufmännischen Geschäftsbetriebes an sich jede Verwaltungstätigkeit gebracht werden könne, und nur der Meinung entgegengetreten, daß ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb bei einem Verein vorliege, der sich mit der Förderung der allgemeinen beruflichen Interessen seiner Mitglieder durch Erteilung von Auskunft in Berufsangelegenheiten, der Herausgabe einer Zeitung und der Erleichterung des Rechtsschutzes befaßt. Ein solcher „innerer" Geschäftsbetrieb steht hier nicht in erster Linie in Frage.

Das Landgericht hat nach alledem den Widerspruch des Vereins gegen die beabsichtigte Löschung mit Recht zurückgewiesen. Die sofortige Beschwerde erweist sich somit als unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 108 PrGKG., die Wertfestsetzung auf 23, 24 ebenda.

Unbefugte Beilegung eines arztähnlichen Titels ist auch darin zu erblicken, wenn ein Dr. chem. ein von ihm ausgestelltes Gesundheitsattest mit „Dr." unterzeichnet. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 24. April 1913.

Ein Chemiker Dr. O. hatte für den in seiner Behandlung befindlichen Steuerbeamten B. zur Einreichung an seine Behörde ein Attest ausgestellt, nach dem zu seiner Wiederherstellung ein Zeitraum von sechs Wochen nötig sei, und diese Bescheinigung mit „Dr. O" unterzeichnet. In dem gegen ihn wegen § 147 der Gewerbeordnung erhobenen Strafverfahren wurde er von der Strafkammer

des Landgerichts verurteilt und die dagegen eingelegte Revision vom I. Strafsenat des Kammergerichts mit folgender Begründung verworfen: Für den Tatbestand des Vorgehens gegen § 147 kommt es nicht darauf an, ob der Angeklagte mit der Ausstellung des Attestes bei B. oder seiner Behörde den Eindruck hervorgerufen habe oder habe hervorrufen wollen, er sei eine geprüfte Medizinalperson, sondern es sei entscheidend, ob die Bescheinigung nach ihrem Wortlaut objektiv geeignet sei, bei den verschiedensten Personen einen solchen Glauben zu erwecken. Dies sei aber hier der Fall; denn wenn jemand sich auf einer derartigen Bescheinigung des Doktortitels bediene, so könne allgemein die Annahme entstehen, der Aussteller sei eine geprüfte Medizinalperson.

Apothekerzeitung; 1913, Nr. 37.

Entziehung des Prüfungszeugnisses als Hebamme wegen Mangels der Zuverlässigkeit und des unbescholtenen Rufes (Abtreibungsversuch an eigner Person). Entscheidung des preußichen Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 7. November 1912.

Auf die Klage der Polizeibehörde des Amtes R. hat der Bezirksausschuß zu M. durch Urteil vom 28. März 1912 das der Beklagten erteilte Prüfungszeugnis als Hebamme zurückgenommen.

Die von der Beklagten hiergegen eingelegte Berufung muß erfolglos bleiben.

Das Urteil der 1. Strafkammer des Königlichen Landgerichts zu B. vom 18. Dezember 1911 stellt fest, daß die Beklagte etwa im Jahre 1906 eine vollendete Abtreibung an sich habe vornehmen lassen und daß sie ferner nicht lange nach jenem Ereignisse, sowie nochmals im Sommer des Jahres 1911, als sie bereits das ihr am 29. Juni 1911 erteilte Prüfungszeugnis als Hebamme besaß, an sich selbst die Abtreibung der Leibesfrucht versucht habe. Die Strafe lautete auf acht Monate Gefängnis, welche die Beklagte alsbald verbüßt hat. Dieses Urteil ist nebst den Akten in dem Verhandlungstermine des Oberverwaltungsgerichts vorgelegt worden. Dabei ergab sich, daß die Zugeständnisse der jetzigen Beklagten, auf denen die Verurteilung im wesentlichen beruht, mit den Aussagen der übrigen damaligen Beschuldigten sowie der Zeugen übereinstimmen. Das Oberverwaltungsgericht gewann bei selbstständiger Prüfung die Ueberzeugung von der Richtigkeit der Feststellungen der Strafkammer. Damit war auch in der vorliegenden Verwaltungsstreitsache die Entscheidung gegeben.

Zu Unrecht wendet freilich der Bezirksauschuß den Abs. 1 des § 53 der Reichsgewerbeordnung, betreffend „Unrichtigkeit der Nachweise“ hier an. Die dort genannten Nachweise können sich, soweit sie von einer Polizeibehörde geliefert werden, nur auf Tatsachen beziehen. Selbst wenn der Beklagten, behufs der Annahme als Schülerin der Hebammenlehranstalt, polizeilich bescheinigt sein sollte, daß sie die erforderliche Zuverlässigkeit inbezug auf den Beruf einer Hebamme besitze, so läge doch eine Unrichtigkeit des Nachweises im Sinne des § 53 Abs. 1 nicht vor, wenn sich später herausstellt, daß es an der Zuverlässigkeit schon bei der Ausstellung der Bescheinigung fehlte. Die Abgabe des erwähnten Urteils über die Persönlichkeit der Bewerberin liegt außerhalb der Zuständigkeit der Polizeibehörde; das Urteil kann daher nicht die Grundlage für die Erteilung einer Approbation oder einer Bestallung bilden. Der Abs. 1 des § 53 scheidet also hier aus.

Dagegen findet der Abs. 2 Anwendung. Mit dem Bezirksausschuß ist für festgestellt zu erachten, daß die Beklagte, als sie bereits Hebamme war, mindestens einen Abtreibungsversuch an sich selbst vorgenommen hat und daß eine vollendete Abtreibung und mindestens ein Abtreibungsversuch vorangegangen waren, so daß eine „Handlung“ der Inhaberin des Prüfungszeugnisses vorliegt, zu deren Beurteilung die vor der Erteilung des Zeugnisses begangenen Handlungen mit herangezogen werden können. Ferner ist zweifellos, daß diese Handlungen die Beklagte belasten, obwohl sie nur ihre eigene Person betreffen. Eine Hebamme, die an sich selbst Abtreibung vornimmt, bietet keine Gewähr dafür, daß sie der Versuchung, anderen zur Abtreibung behilflich zu sein, dauernd widerstehen wird. Damit aber ist ihre Zuverlässigkeit inbezug auf den Beruf durchaus in Frage gestellt.

Endlich erhellt aus der Handlung der Beklagten, für die sie wegen Abtreibungsversuchs mit Gefängnis bestraft ist, daß sie nicht mehr unbescholtenen Rufes ist (§ 3 Abs. 4 Ziff. 2 der Ministerialverfügung, betreffend das Hebammenwesen, vom 6. August 1883, Ministerialblatt für die innere Verwaltung, S. 211).

Diese Erwägungen führen zur Bestätigung des angefochtenen Urteils. Gute Leistungen der Beklagten als Hebamme können daran nichts ändern.

Die Kosten der Berufungsinstanz hat nach § 103 des Landesverwaltungsgesetzes die unterliegende Beklagte zu tragen.

Berechtigung der Polizeibehörde zur Anordnung der Räumung und des weiteren Vermietens einer Wohnung wegen gesundheitsschädlicher Feuchtigkeit. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. Sen.) vom 26. April 1912.

Die Berufung erwies sich als unbegründet. Zutreffend ist der Vorderrichter davon ausgegangen, daß die Polizei nach ihren gesetzlichen Aufgaben (§ 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts) gegen die mit einer ernsten Gesundheitsgefahr verbundene Benutzung einer Wohnung einzuschreiten hat. Hieran wird sie durch den von der Klägerin angezogenen § 544 des Bürgerlichen Gesetzbuchs auch dann nicht gehindert, wenn der Mieter einer Wohnung, deren Benutzung mit erheblicher Gesundheitsgefährdung verbunden ist, von der ihm durch § 544 eingeräumten Befugnis der fristlosen Kündigung dem Vermieter gegenüber keinen Gebrauch macht. Zu dem Publikum, welches vor Gefahr zu schützen nach § 10 a. a. O. das Amt der Polizei ist, gehört nach der zutreffenden Annahme des Vorderrichters auch ein eng begrenzter Kreis von Personen, wie der Mieter einer Wohnung mit seiner Familie.

Im vorliegenden Falle ließ die Beklagte auf die im Dezember 1909 ihr zugegangene Anzeige des Mieters M. über grobe Mängel der von ihm und seiner Familie seit 1. Oktober 1909 benutzten, aus 5 Räumen bestehenden Wohnung diese durch den Polizeiarzt und den Stadtbaumeister besichtigen. In den Berichten wurde die Wohnung, da das Haus tief in die Erde gebaut sei, als feucht und von dem Arzte als gesundheitsschädlich bezeichnet. Der Baumeister bemerkte noch, die Wohnung sei im Mai 1895 unter der Bedingung genehmigt worden, daß der Fußboden der Erdgeschoßräume 30 cm über das anliegende Hofterrain gelegt werde; diese Vorschrift sei nicht befolgt oder das Außenland nachträglich erhöht worden. Als zufolge der Berichte am 30. Dezember 1909 dem Mieter M. die Räumung aufgegeben und der Eigentümerin ein weiteres Vermieten der Wohnung bis zur Beseitigung der durch Feuchtigkeit hervorgerufenen Mängel — was am ehesten durch Isolierung der Umfassungswände von außen und innen geschehen könne — verboten wurde, ließ die Eigentümerin Wände und Decken mit Leimfarbe streichen. Beide Sachverständige erklärten hierauf, die Feuchtigkeit in den Wänden sei geblieben, ein Austrocknen sei ohne Isolierung unwahrscheinlich. Nunmehr ergingen die jetzt umstrittenen Verfügungen vom 28. Januar und 12. Februar 1910.[1] Inhalts der auf Erfordern des Gerichts erstatteten kreisärztlichen Gutachten vom 11. Mai 1910 und 2. Januar 1911 war, wie mit dem Vorderrichter unbedenklich anzunehmen ist, um die Zeit des Erlasses der streitigen Verfügungen die Wohnung durchgehends, nicht bloß in der Minderheit der Räume, feucht und gesundheitsschädigend. Wie die polizeilich gehörten Sachverständigen hat sich auch der vom Bezirksausschuß hinzugezogene Kreisarzt dahin geäußert, die Schäden der Wohnung seien auf ihre tiefe Lage und den Mangel einer Isolierschicht zurückzuführen, infolgedessen die durch den Zimmermeister anscheinend bald nach Erlaß der Verfügung vom 12. Februar getroffenen Maßnahmen — das Einziehen eines Holzpaneels und die Anbringung von Isolierpappe an den

[1]) Aufgabe an den Mieter, die Wohnung aufzugeben und Aufforderung an die Vermieterin, dem Auszuge des Mieters kein Hindernis in den Weg zu legen und die Wohnung bis zur Beseitigung der Mängel nicht wieder zu vermieten.

unteren Wandteilen — das Aufsteigen der Nässe und ihr Erscheinen an den oberen Wänden nicht hinderten. Nach diesen Befunden ist mit einer dauernden Feuchtigkeit zu rechnen, die in der baulichen Einrichtung der Wohnung und der Beschaffenheit des Gebäudes ihre Ursache hat. Es kann dahingestellt bleiben, ob und inwieweit der frühere Mieter M., der die Wohnung vom 1. Oktober 1909 bis anfangs Januar 1910 innehatte, durch ungenügendes Lüften die objektiv vorhandenen Schäden zeitweilig vergrößerte. Daß der bald nach M. die Wohnung beziehende Dreher B. diese sorgfältig behandelt hat, ist unstreitig. — Der Kreisarzt spricht in seinem Gutachten nicht ausdrücklich von einer erheblichen oder ernsten Gesundheitsgefahr; daß er aber von einer sich ständig erneuernden Feuchtigkeit die davon dauernd betroffenen Wohnungsinsassen für ernstlich gefährdet erachtete, unterliegt keinem Zweifel. Auf die von der Klägerin erwähnten Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über das fristlose Kündigungsrecht des Mieters wegen Gesundheitsgefährlichkeit einer Wohnung (§ 544) und das Pfandrecht des Vermieters (§ 559) war nicht einzugehen; keinesfalls mindern sie die öffentlich-rechtlichen Befugnisse der Polizeibehörde aus § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts. Abweichende Anschauungen über das Vorhandensein der gefahrbringenden Beschaffenheit einer Wohnung sind möglich. Daß aber Feuchtigkeit auch von den Zivilgerichten als objektiver — gesundheitsschädigender — Mangel einer Wohnung angesehen wird, ergibt die Entscheidung des Reichsgerichts vom 5. Oktober 1906 (Gruchots Beiträge, Band 51, Seite 938) sowie das Urteil vom 18. April 1902 (Entscheidungen in Zivilsachen, Band 51, Seite 211/12). Ob schuldhaftes oder arglistiges Verhalten eines Mieters auf die Zulässigkeit des Vorgehens der Polizei von Einfluß sein kann, ist hier umsoweniger zu erörtern, weil der Mieter B., während dessen Mietzeit die streitigen Verfügungen erlassen sind, sich wohl verhalten hat. Unbegründet war aber das erneute Vorbringen der Berufung: in der polizeilichen Verfügung sei das Pfandrecht des Vermieters verletzt worden. Auf diesen schon in der Klageschrift erhobenen Einwand hatte die Beklagte alsbald geantwortet, daß ein solcher Sinn — also ein Verbot der Zurückbehaltung eingebrachter Sachen — mit ihrer Auflage an die Klägerin „dem Auszuge des B. kein Hindernis in den Weg zu legen“ keineswegs zu verbinden sei. Dem war nach dem übrigen Inhalte der Verfügungen und den Vorgängen lediglich beizutreten. Ebenso belastet auch das einfache Verlangen der Räumung die Klägerin nicht in höherem Maße, als es zur Erreichung des polizeilichen Zweckes nötig ist, weil Inhalts der Verfügungen zu ihrer Ausführung hinreichende Fristen gesetzt worden sind und das erlassene Verbot der Benutzung der Wohnräume offenbar nur so lange gelten soll, als die Gefahr fortbesteht. Die polizeiliche, schon in der Verfügung vom 30. Dezember 1909 ausgesprochene Empfehlung der Isolierung der Wände zur Abwehr der gefährlichen Feuchtigkeit entsprach dem Sinne des § 59 Abs. 2 letzter Satz der Regierungsbauordnung vom 31. März 1884. Nach anderen möglichen Mitteln zu forschen, war nicht Aufgabe der Polizei bei Erfüllung der ihr nach § 10 a. a. O. obliegenden Pflichten. Somit mußte die Vorentscheidung bestätigt und gemäß § 103 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 die Klägerin mit den Kosten des Rechtsmittels belastet werden.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen.

Gebühren für Vorbesuche bei Erstattung von schriftlichen Gutachten für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt des Arztes. Erlaß des Ministers des Innern vom 16. Mai 1913 — M. 1431 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Frage, ob bei der Erstattung von schriftlichen Gutachten für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt des Arztes die besondere für Vorbesuche bestimmte Gebühr der Nr. 17 A Abs. 1 Satz 2 des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte — Anlage I zu dem Gesetze vom 14. Juli 1909 — zu gewähren sei, ist neuerdings in mehreren gerichtlichen Entscheidungen bejaht worden.

Der zweite Satz im ersten Absatze der Nr. 17 des gedachten Tarifs ist von der Kommission des Abgeordnetenhauses mit der Begründung eingeschoben worden, daß zwischen der Untersuchung in der Wohnung und außerhalb der Wohnung unterschieden werden müsse (Kommissionsbericht S. 29, 36). Wenngleich es unzweifelhaft die Absicht der Kommission gewesen ist, lediglich eine Entschädigung für Zeitversäumnis und Wege zu gewähren, so ist doch nicht zu verkennen, daß diese Absicht der Kommission in dem Wortlaut des Tarifs nicht zum Ausdruck gelangt ist.

Die Nummer 17 Abs. 1 spricht ganz allgemein von den Gebühren zu 3, die zu der Gebühr in Nr. 13 hinzutreten sollen, während die Absicht bestand, eine solche besondere Vergütung nur unter den Voraussetzungen für die Gebühr Nr. 3 b zu gewähren. Vor allem aber bemißt Nr. 3 die Gebühr höher, wenn eine Untersuchung außerhalb stattfindet, als wenn der Arzt sich an Ort und Stelle begibt und die Untersuchung ohne sein Verschulden unterbleiben muß. Da hiernach der Tarif in diesem Falle nicht nur den Weg, sondern auch die Vornahme der Untersuchung außerhalb besonders vergütet, so läßt es sich auch sachlich rechtfertigen, die Untersuchung an Ort und Stelle besonders zu vergüten.

Hiernach schließe ich mich der obenbezeichneten Auffassung der Gerichte an und ersuche ergebenst, bei der Prüfung von Gebührenrechnungen entsprechend zu verfahren.

Reisekosten und Gebühren der Kreisärzte für die Untersuchung von Beamten anderer Ressorts. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. Mai 1913 — M. 814 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Reisekosten und Gebühren der Kreisärzte für die Untersuchung von Beamten anderer Ressorts sind bisher im allgemeinen bei den Fonds für vermischte Ausgaben der betreffenden Verwaltung verrechnet worden. Nur die durch die amtsärztliche Untersuchung von Beamten der Justizverwaltung entstehende Kosten wurden bisher zufolge Erlasses vom 20. Oktober 1905 — F. M. I. 16855 M. d. g. A. M. 2839 — bei dem allgemeinen Reisekostenfonds der Regierungen — Kap. 58 Tit. 11 des Etats — in Ausgabe nachgewiesen. Es erscheint, auch zur Herbeiführung eines einheitlichen Verfahrens zweckmäßig, daß die Prüfung und Anweisung von Forderungsnachweisen der Kreisärzte über Kosten der gedachten Art künftig allgemein von derselben Dienststelle vorgenommen wird, der die ständige Bearbeitung der Angelegenheiten der Kreisärzte obliegt. Im Einvernehmen mit den beteiligten Herren Ministern ermächtige ich Euere Hochgeboren (Hochwohlgeboren), vom Etatsjahre 1913 ab alle Reisekosten und Gebühren von Kreisärzten für die auf Ersuchen der vorgesetzten Dienstbehörde im dienstlichen Interesse vorgenommene Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten auf den Fonds Kap. 97 a Tit. 8 des Etats der Medizinalverwaltung anzuweisen. Die Verrechnung hat dort bis auf weiteres als Mehrausgabe zu erfolgen.

Ersuchen um Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten können nach § 11 Abs. 2 der Dienstanweisung für die Kreisärzte von den vorgesetzten Dienstbehörden der Beamten unmittelbar an den Kreisarzt gerichtet werden. Die ausgestellten Zeugnisse hat der Kreisarzt zusammen mit seinem Forderungsnachweis dem Regierungspräsidenten — dem Polizeipräsidenten in Berlin — vorzulegen, der sie nach Anweisung des Forderungsnachweises an die ersuchende Behörde weitergibt.

Euere Hochgeboren (Hochwohlgeboren) wollen gefälligst darauf achten, daß die anderweite Verrechnung der Kosten nicht etwa zum Anlaß für eine stärkere Heranziehung der Kreisärzte auf dem in Rede stehenden vertrauensärztlichen Gebiete genommen wird und damit zu einer Mehrbelastung der Staatskasse führt. Auf Staatskosten sind die Kreisärzte zur Untersuchung von Beamten nur dann heranzuziehen, wenn die Untersuchung lediglich im dienstlichen Interesse erforderlich ist. Hat auch der Beamte ein Interesse an der Untersuchung, so ist ihm aufzugeben, ein kreisärztliches Zeugnis auf seine Kosten beizubringen.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 12. 20. Juni. 1913.

Rechtsprechung.

Gebührenanspruch des Arztes bei Vornahme weitergehender Operationen, ohne ausdrückliche Zustimmung des Kranken und ohne ihm vor der Operation in vollem Umfange Aufklärung gegeben zu haben. Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts (VI. Z.-S.) vom 27. März 1918.

Die Ehefrau des Beklagten hatte den ärztlichen Rat des Klägers, des Arztes Dr. X. in H., in Anspruch genommen, da sie in die sog. Wechseljahre gekommen war und an erschöpfenden Blutungen litt. Nach ärztlicher Untersuchung hatte ihr Dr. X. gesagt, es habe sich an der Gebärmutter eine Wucherung entwickelt, er rate ihr eine möglichst baldige, von der Scheide aus vorzunehmende Operation. Nach der Behauptung des Klägers hatte er der Patientin weiter gesagt, er wünsche ihren Ehemann zu sprechen, und in bezug auf die Art der Operation, „sie müsse ihm im einzelnen freie Hand lassen". Er hat dann auch unter Mithilfe des Dr. med. Y. mittelst Operation von der Scheide aus die ganze Gebärmutter entfernt, weil er eine solche Operation mit Rücksicht auf das Untersuchungsergebnis gleich von vornherein in dieser Ausdehnung auszuführen beabsichtigt hatte. Nach seiner Ansicht war ihm auch hierzu zwar nicht ein ausdrücklich, wohl aber ein stillschweigend erklärtes Einverständnis seitens der Kranken gegeben. Fünf Tage später war die Kranke in der Klinik gestorben. Dr. X. führte den Unfall auf einen unglücklichen Zufall zurück, „wie er jedem Operateur bekannt und von ihm gefürchtet sei". Ob der vorliegende „Herztod" im Versagen der Herzmuskulatur oder in der Verschleppung eines Blutgerinsels in das Herz (sog. Embolie) seinen Grund gehabt habe, müsse dahingestellt bleiben (es hatte weder eine Sektion der Leiche stattgefunden, noch waren Teile des erkrankten Organs der Gebärmutter mikroskopisch untersucht oder aufbewahrt worden). Der Beklagte weigerte sich nun, das vom Arzt beanspruchte Honorar (350 M.) zu bezahlen; er bestritt nicht nur seine Zahlungspflicht, sondern erhob sogar widerklagsweise einen Schadensersatzanspruch von 3000 M., als Ersatz der Auslagen für Beerdigung und Grabstein, sowie einer vierteljährlichen Rente von 300 M. für Entziehung der Dienste seiner Frau. Er erblickte die Schuld des Klägers in der auftragslosen und fehlerhaften Ausführung der Operation. Das Landgericht Hamburg verurteilte ihn zur Zahlung; ebenso wurde seine Berufung vom Hanseatischen Oberlandesgericht Hamburg (VI. Z.-S.) aus folgenden Gründen zurückgewiesen: Die Vorwürfe des Beklagten wegen angeblicher Verletzung der Regeln der ärztlichen Kunst bei der Behandlung seiner Ehefrau durch den Kläger Dr. X. haben sich auf Grund der Beweisaufnahme als unbegründet erwiesen. Es muß als tatsächlich feststehend angesehen werden, daß eine krebsartige Erkrankung der Gebärmutter vorgelegen und der Kläger, wenn er daraufhin zur völligen Entfernung der Gebärmutter mittels der Operation, von der Scheide aus, geschritten ist, damit gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst keineswegs verstoßen hat, sondern im Gegenteil nur so vorgegangen ist, wie es die Sachlage vom ärztlichen Standpunkt aus gebot; denn von dieser Operation allein konnte mit ziemlicher Aussicht auf Erfolg eine Heilung der Patientin erwartet werden, die ohne sie über kurz oder lang an dem inzwischen weiter fortgeschrittenen Zerfall des Organs der Gebärmutter und den Folgen davon hätte zu Grunde gehen müssen. Ebenso muß als festgestellt gelten, daß der Kläger bei der Nachbehandlung der Ehefrau des Beklagten nichts versehen hat. An sich steht zwar der Umstand, daß die Patienten ohne Vornahme der Operation früher oder später an ihrem Leiden noch gestorben sein würde, dem widerklageweise geltend gemachten Schadensersatzansprüche freilich nicht entgegen. Es ist auch, wie der Beklagte meint, die tatsächlich vor-

genommene, viel weitgehendere Operation der völligen Entfernung der Gebärmutter ein, wenn nicht vorsätzlich, so doch fahrlässig widerrechtlicher Eingriff des Klägers in den Körper der Kranken gewesen. Desgleichen ist davon auszugehen, daß der Kläger zur Begründung seiner Honorarforderung die Erteilung des Auftrages (wenn auch eines nur stillschweigenden und zwar entweder von seiten des Beklagten selbst, oder von seiten seiner Ehefrau) zur Vornahme gerade der schweren Operation, wie sie von ihm ausgeführt ist, seinerseits zu beweisen hat. Der etwa objektiv vorliegende Mangel eines solchen Auftrages läßt aber die Widerklage dem Grunde nach noch nicht berechtigt erscheinen; denn der Kläger beruft sich darauf, daß er, falls das Einverständnis der Patientin tatsächlich nicht vorgelegen haben sollte, mit diesem Einverständnis nach der ganzen Sachlage doch gerechnet habe und auch habe rechnen dürfen. Diese Behauptung muß aber erst vom Beklagten, als dem hinsichtlich seines Schadensersatzanspruches Beweispflichtigen, widerlegt werden, wenn er mit seiner Widerklage Erfolg haben will. Zwar kann nicht zweifelhaft sein, daß eine ohne auch nur die mutmaßliche Einwillung der Kranken oder ihres Ehemannes von dem Arzte vorgenommene Operation einen schuldhaft rechtswidrigen Eingriff in das gemäß § 823 BGB. geschätzte Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit darstellen würde, der je nach der Belegenheit des Falles vorsätzlich oder auch nur fahrlässig begangen sein kann. Anderseits ist als richtig anzuerkennen, daß der Arzt die Kranke nicht etwa auf alle nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen braucht, die infolge der Operation möglicherweise entstehen können, und daß er auch über die Gefährlichkeit des Leidens selbst, wegen dessen er die Operation anrät, nicht gerade ganz ins Einzelne gehende Aufklärungen vorher dem Patienten zu geben braucht. Er muß sich nur im allgemeinen seines Einverständnisses zuvor versichern und darf ihn nicht über wesentliche Umstände im unklaren lassen. Wie er im einzelnen vorzugehen hat, wird von der Belegenheit des einzelnen Falles abhängen müssen; im allgemeinen wird er jedoch nicht voraussetzen dürfen, wenn er, wie im vorliegenden Falle, die Operation als nur auf Wucherungen an einem inneren Organ sich erstreckend bezeichnet hat, während es sich in Wahrheit nach seiner Absicht um die Fortnahme dieses ganzen Organs handeln sollte, daß der Patient auch damit einverstanden sei. Der Kläger führt aber unwiderlegt und nach Sachlage unwiderlegbar für sich an — und daß es so gewesen ist, dafür spricht mindestens in gewissem Umfange die sofortige Bereitwilligkeit der Kranken zur Operation — er habe diese gleich darauf aufmerksam gemacht, daß er die Operation möglichst bald vornehmen müsse, mit anderen Worten, daß Gefahr im Verzuge sei, ferner daß sie, die Kranke, das Einzelne alles ihm, dem Arzte überlassen müsse. Läßt sich danach auch noch nicht die Feststellung treffen, daß die Kranke mit der Vornahme der an ihr vollzogenen schweren Operation der völligen Entfernung der Gebärmutter sich stillschweigend wirklich einverstanden erklärt habe, wie der Kläger in erster Linie meint, so ist doch davon auszugehen, daß der Kläger mit gutem Grunde allerdings die Einwilligung als von der Kranken tatsächlich erteilt, vorausgesetzt haben wird und voraussetzen durfte. Mindestens ist es ihm auch nicht zu widerlegen, wenn er sich noch darauf beruft, daß die Kranke ihr Einverständnis erteilt haben würde, wenn ihr die Wahrheit über ihr Krebsleiden von ihm gesagt worden wäre und sie danach die Wahl gehabt hätte, durch die vorgenommene Operation möglicherweise (wenn nicht sogar mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit), Heilung von ihrem Leiden zu finden oder aber an diesem Leiden früher oder später zugrunde zu gehen. Daraus folgt aber, daß sowohl die Klage begründet, als auch die Widerklage unbegründet ist, da Kläger zwar zu der von ihm vorgenommenen Operation keinen ausdrücklichen Auftrag hatte, ihm aber anderseits ein nachweisliches Verschulden nicht zur Last fällt.

(Sächsische Korrespondenz.)

Schadenersatzanspruch eines Arztes für einen bei Gelegenheit eines Krankenbesuches erlittenen Unfall. Urteil des Reichsgerichts (VI.Z.-S.) vom 24. April 1913.

Der praktische Arzt Dr. R. in D. war bei einem Krankenbesuche in dem Hause des Schmiedemeisters L. in D. in ein offenstehendes Kellerloch gestürzt und dabei erheblich verletzt worden. Wegen der Folgen des Unfalls beanspruchte er Schadenersatz. Das Landgericht in Greifswald hatte seinen

Klageanspruch nur zur Hälfte für begründet erklärt, das Oberlandesgericht Stettin hat dagegen den L. in vollem Umfange zum Schadenersatz verurteilt, und zwar sollte er dem Dr. R. außer Ersatz der Kosten für die ersten fünf Jahre eine Rente von jährlich 850 Mark, von da an bis zu dessen 70. Lebensjahre eine solche von 300 Mark jährlich zahlen. Die gegen dieses Urteil eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht aus folgenden Gründen verworfen: Bei der Bemessung kommt es wesentlich auf die tatsächliche Erwerbseinbuße an, also darauf, wieviel der Verletzte, wenn er den Unfall nicht erlitten hätte, in der für die Rente in Betracht kommenden Zeit verdient haben würde, und um wieviel das, was er in dem durch den Unfall herbeigeführten Zustande noch verdiene oder zu verdienen vermöge, hinter jenem Verdienste zurückbleibt; in diesem Unterschiede besteht der ihm nach § 823 BGB. zu ersetzende Vermögensnachteil. Er entzieht sich einer unmittelbaren Feststellung, da das Dazwischentreten des schädigenden Ereignisses eine Ausnutzung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten, wie sie sich ohne dieses Ereignis gestaltet haben würde, nicht mehr zur Entstehung kommen läßt. Der tatsächliche Erwerb, den Dr. R. vor der Verletzung gehabt hat, kann zur Grundlage für die Ermittelung jenes Unterschiedes allein nicht dienen, da er für die Gestaltung des Erwerbes in der Zukunft nur einem von mehreren Faktoren bietet. Mangels dieser sicheren Grundlage hat das freie Ermessen des Richters Platz zu greifen, so daß nichts dagegen einzuwenden ist, wenn das Oberlandesgericht dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K. gefolgt ist und danach angenommen hat, daß der körperliche Zustand des Klägers als Folge des Unfalles sicher eine Behinderung in Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit mit sich bringe, und daß dieser Zustand, wenn auch eine teilweise Besserung mit der Zeit nicht ausgeschlossen sei, im wesentlichen fortdauern werde. Wenn es den Verdienstausfall auf Grund der freien Schätzung des Richters auf 600 Mark schätzt und davon 300 Mark jährlich als Rente zuerkennt, so ist das nicht anzugreifen. Auch ist mit Unrecht von der Revision gerügt worden, daß dem Arzte für die nächsten 5 Jahre für seine vermehrten Bedürfnisse, insbesondere für eine jährliche Erholungsreise und für Anschaffung eines Fuhrwerks für die Ausübung seiner Praxis eine Erhöhung der Rente bewilligt worden ist.

Warzen sind keine Krankheit; die auf ihre Beseitigung gerichtete Tätigkeit im Umherziehen (Anwendung einer glühenden Nadel und nachträgliche Behandlung mit einem Pulver und mit Zinksalbe) demzufolge weder eine Ausübung der Heilkunde noch ein Feilbieten von Arzneimitteln im Umherziehen. Urteil des Obersten Landesgerichts (Str.-S.) in München vom 3. Mai 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Gewährung der Vergütung für Abgang und Zugang am auswärtigen Uebernachtungsorte. Erlaß des Ministers des Finanzministers und des Ministers des Innern vom 12. März 1913 — F. M. I 459 I, II 3072, M. d. I. Ia 380 — an sämtliche Herren Ober- und Regierungspräsidenten.

Wie hier bekannt geworden ist, besteht vereinzelt die Auffassung, daß die im § 8 Absatz 3 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910[1]) und im § 29 der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910[2]) vorgesehene Vergütung für Abgang und Zugang am auswärtigen Uebernachtungsorte nur dann zu gewähren sei, wenn beim letzten Eintreffen am Uebernachtungsorte (vor der Uebernachtung) oder beim ersten Verlassen des Uebernachtungsortes (nach der Uebernachtung) Eisenbahn, Kleinbahn oder Schiff benutzt worden ist. Man will also die Vergütung versagen, wenn der Beamte, nachdem er den auswärtigen Uebernachtungsort mit der Eisenbahn, Kleinbahn oder dem Schiffe erreicht hatte, vor der Uebernachtung noch eine Zwischenreise ausgeführt hat und von dieser auf dem Landwege zurückgekehrt ist, und ebenso, wenn

[1]) Siehe Beilage „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung“; 1910, Nr. 19, S. 177.

[2]) Ebenda; 1910, Nr. 19, S. 179.

der Beamte nach der Uebernachtung, bevor er den Uebernachtungsort endgültig mit der Eisenbahn, der Kleinbahn oder dem Schiffe verlassen hat, noch eine Zwischenreise auf dem Landwege angetreten hatte.

Eine solche Auslegung entspricht weder der Absicht der Bestimmungen noch ihrem Wortlaute. Der Begriff des auswärtigen Uebernachtungsortes ist im § 18 der Ausführungsbestimmungen festgelegt. Für den Abgang und den Zugang an diesem Orte muß die verordnungsmäßige Vergütung gewährt werden ohne Rücksicht darauf, ob nach dem Abgange (vor der Uebernachtung) oder vor dem Zugange (nach der Uebernachtung) noch eine Zwischenreise ausgeführt worden ist. Auch muß sie für jeden Zugang und Abgang gewährt werden, wenn der Uebernachtungsort nach der Ankunft an demselben Tage vor der Uebernachtung noch ein- oder mehrmal mit der Eisenbahn, der Kleinbahn oder dem Schiff verlassen oder wieder erreicht worden ist, soweit nicht nach § 30 Satz 2 der Ausführungsbestimmungen in Frage kommt.

Kreisärztliche Revisionen von Heilanstalten der Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. Mai 1913 — M 5669 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Es sind Zweifel darüber entstanden, ob die von einer Landesversicherungsanstalt oder Berufsgenossenschaft errichteten oder unterhaltenen Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten, die nach § 84 der Reichsversicherungsordnung der Aufsicht des Reichsversicherungsamts unterstellt sind, daneben auch einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung durch Organe der einzelnen Bundesstaaten (Kreisärzte, Ortspolizeibehörden usw.) unterliegen.

Ich nehme daher Veranlassung, im Einvernehmen mit dem Herrn Reichskanzler (Reichsamt des Innern) darauf hinzuweisen, daß durch das Aufsichtsrecht des Reichsversicherungsamtes die auf Landesrecht gegründeten Befugnisse der einzelstaatlichen Behörden, insbesondere der Polizeibehörden, nicht berührt werden. Dies gilt für das gesamte Gebiet der Polizeiverwaltung.

Auf dem Sondergebiete der Gesundheitspolizei sind gemäß den allgemeinen Vorschriften des Polizeirechts (§ 10 II 17 ALR.) des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 (Gesetzsamml. S. 172) und des § 100 der Dienstanweisung für die Kreisärzte die Revisionen der Heilanstalten der Versicherungsträger durch den Kreisarzt vorzunehmen. Weiterhin sind aber auch die Polizeibehörden der Einzelstaaten befugt, die nach Reichs- oder Landesrecht zulässigen Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln zu ergreifen, die sich bei den kreisärztlichen Revisionen ergeben haben.

Mit Rücksicht auf die verwandten Ziele, die bei der Ausübung der Aufsicht das Reichsversicherungsamt einerseits und die Landesbehörden anderseits verfolgen, ordne ich hierdurch an, daß die Kreisärzte, abgesehen von eiligen Fällen, die keinen Aufschub zulassen, bei Revisionen der Heilanstalten von Landesversicherungsanstalten und von Berufsgenossenschaften der Vorstand der betreffenden Anstalt so zeitig von der beabsichtigten Revision benachrichtigen, daß dieser das Reichsversicherungsamt hiervon noch rechtzeitig in Kenntnis setzen kann. Ich ersuche ergebenst, die beteiligten Kreisärzte entsprechend anzuweisen. Wenn sich bei einer Besichtigung gesundheitliche Mängel herausstellen, die ein polizeiliches Einschreiten rechtfertigen, und wenn die betreffende Anstalt zu deren Beseitigung nicht freiwillig bereit ist, so ist die Angelegenheit, bevor eine polizeiliche Verfügung gegen die Anstalt erlassen wird, Ew. pp. vorzutragen. In diesem Fall wollen Sie zunächst nochmals mit dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt oder der Berufsgenossenschaft über die Abstellung der Mängel verhandeln und erst, wenn diese Verhandlung erfolglos bleibt, die Ortspolizeibehörde zum Erlaß einer polizeilichen Verfügung ermächtigen. Die Ortspolizeibehörden sind entsprechend zu verständigen.

Dieser Erlaß wird im Ministerialblatt für die innere Verwaltung und im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten veröffentlicht werden.

Regelung des gewerblichen und Handelsverkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln durch Polizeiverordnung. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. April 1913 — M 5547 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ew. pp. teile ich beifolgend den Abdruck einer Polizeiverordnung des Polizeipräsidenten in Berlin vom 12. Februar 1913, betreffend den gewerblichen und Handelsverkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln, mit dem ergebensten Ersuchen mit, für den dortigen Bezirk eine Regelung in ähnlicher Weise zu treffen, wofern eine entsprechende Polizeiverordnung erlassen ist.

Polizeiverordnung, betreffend den gewerblichen und Handelsverkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

Auf Grund der §§ 42, 48, 137 und 139 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (Ges. S. S. 195) und der §§ 6 und 12 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 30. Juli 1883 (Ges. S. S. 265) wird zur Regelung des gewerblichen und Handelsverkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln für den Umfang des Landespolizeibezirks Berlin, also für die Stadtkreise Berlin, Charlottenburg, Schöneberg, Wilmersdorf, Neukölln und Lichtenberg sowie für die Gemeinde Stralau mit Zustimmung des Herrn Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg folgendes verordnet:

A. Geschäftsräume.

§ 1. Räume, in denen Nahrungs- und Genußmittel zubereitet, aufbewahrt und feilgehalten werden, müssen, soweit die sachgemäße Behandlung der Nahrungs- und Genußmittel dem nicht entgegensteht, trocken und leicht zu lüften sein. Sie sind in gutem baulichen Zustand, sauber und frei von üblen Gerüchen zu halten. Sie dürfen nur dem eigentlichen Geschäftszweck dienen, als Wohn- oder Schlafräume nicht benutzt werden und mit Ställen und Abortanlagen nicht in direkter Verbindung stehen. Nicht dahin gehörige Gegenstände, insbesondere Betten, Kleider, Wäsche und allerlei Gerümpel dürfen in ihnen nicht aufbewahrt werden. Auch sind in Räumen, in denen Eßwaren zubereitet und verkauft werden, Hunde und Katzen nicht zu dulden. Ausgenommen hiervon sind jedoch Räume von Gast- und Schankwirtschaften, die dem Verkehr des Publikums dienen.

§ 2. Räume, die zur Zubereitung oder zum Verkauf und Feilhalten von Fleischwaren aller Art, sowie von solchen Nahrungs- und Genußmitteln dienen, die ohne besondere weitere Reinigung oder Zubereitung verzehrt zu werden pflegen, müssen einen abwaschbaren Fußboden haben und unmittelbar von außen genügend Licht und Luft erhalten. Sie und die in ihnen befindlichen Einrichtungen und Gegenstände zur Ausstellung von Waren müssen so beschaffen sein, daß sie leicht gereinigt werden können.

§ 3. Verdorbene Nahrungs- und Genußmittel dürfen in den zur Herstellung, Aufbewahrung oder Feilhaltung von Nahrungsmitteln dienenden Räumen nicht aufbewahrt werden.

B. Geräte usw.

§ 4. Alle für die Zubereitung, Verpackung, Beförderung, Aufbewahrung und für die Abgabe von Nahrungs- und Genußmitteln an das Publikum dienenden Geräte, Behälter, Umhüllungen, Unterlagen sind in gutem und sauberem Zustand zu halten.

C. Behandlung der Nahrungs- und Genußmittel.

§ 5. Zum Verkauf gestellte oder feilgehaltene Nahrungs- und Genußmittel sind bis zur Abgabe an das Publikum derart zu behandeln, daß sie vor gesundheitsschädlichen oder ekelerregenden Verunreinigungen, namentlich durch Hunde und andere Tiere, bewahrt bleiben.

§ 6. Zur Schau außerhalb des Hauses nach der Straße zu gestellte oder gehängte Nahrungs- und Genußmittel, namentlich Fleisch von Wildbret und geschlachteten Tieren, dürfen, soweit ihr Ausstellen oder Aushängen nach den geltenden Bestimmungen überhaupt zulässig ist (örtliche Straßenpolizeiverordnungen), keinen ekelerregenden Anblick gewähren.

§ 7. Ausgeschlachtete Tiere und rohes Fleisch dürfen auf öffentlichen Straßen und Plätzen nur mit einem reinen und waschbaren weißen Tuche verdeckt befördert werden. Die zur Beförderung verwendeten Fuhrwerke und andere Behältnisse sind sauber zu halten. Auch dürfen ausgeschlachtete Tiere und rohes Fleisch nur so getragen werden, daß sie gegen Berührung mit den Kopfhaaren, Hals und Nacken sowie mit der Kleidung des Trägers durch saubere, waschbare Hüllen (Ueberkleider, Kappen, Schürzen) geschützt sind.

§ 8. Alle Nahrungs- und Genußmittel, die ihrer Art und Beschaffenheit nach leicht Verunreinigungen aufnehmen können, müssen in unbeschriebenem und reinem Papier, das anderen Zwecken noch nicht gedient hat, verwogen und verpackt werden. Aufdrucke mit Angabe der Firma und sonstigen der Reklame dienenden Bezeichnungen sind jedoch zulässig.

D. Vorschriften für das Personal im Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

§ 9. Unbeschadet der Vorschriften zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dürfen im Nahrungs- und Genußmittel-Verkehr keine Personen tätig sein, die mit nässenden oder eitrigen Ausschlägen, Geschwüren oder eiternden Wunden an den unbedeckten Körperteilen behaftet sind.

§ 10. Den mit der Zubereitung und dem Verkauf oder Feilhalten von Eßwaren beschäftigten Personen ist das Rauchen, Schnupfen und Tabakkauen bei ihrer Beschäftigung verboten, auch haben sie sich besonders reinlich zu halten. Für ausreichende Waschgelegenheit und Handtücher hat der Geschäftsinhaber Sorge zu tragen.

E. Vorschriften für das Publikum.

§ 11. Hunde und andere Tiere dürfen in die dem Nahrungsmittelverkehr dienenden Verkaufsräume nicht mitgebracht werden. Die dem Verkehr des Publikums dienenden Räume in Gast- und Schankwirtschaften sind von dieser Vorschrift ausgenommen.

§ 12. Das Betasten der zum Verkauf ausliegenden Früchte, Back- und Fleischwaren und sonstiger zum Genuß fertiggestellter Nahrungs- und Genußmittel seitens der Käufer ist verboten und darf von den Verkäufern nicht zugelassen werden. Auch ist das Drücken der Karpfen zur Fesstellung des Rogens und das Schuppen und Abhäuten von lebenden Fischen verboten.

§ 13. Die Entnahme von Kostproben von Nahrungs- und Genußmitteln seitens der Käufer ist mit sauberen Gläsern, Messern, Gabeln oder Löffeln, die nach jedesmaligem Gebrauch gründlich zu reinigen sind, gestattet. Zulässig ist auch der Gebrauch von sauberen, vorher zu keinem anderen Zweck gebrauchten Holzstäbchen, die nach einmaligem Gebrauch zu vernichten sind.

F. Verantwortlichkeit.

§ 14. Für die Befolgung der vorstehenden Vorschriften sind, soweit nicht andere Personen ausschließlich in Frage kommen, sowohl der Gewerbetreibende, als auch die von ihm oder seinem Vertreter beauftragten Personen im Sinne des § 151 Absatz 1 der Reichs-Gewerbeordnung verantwortlich.

G. Polizeiliche Befugnisse.

§ 15. Außer dem Verkehr mit Nahrung- und Genußmitteln nach Maßgabe des Gesetzes vom 14. Mai 1897 (Reichsgesetzblatt 1879 S. 145 fg.) unterliegen auch die Zubereitung, die Aufbewahrung, das Ausmessen, das Auswägen und die Beförderung der Nahrungs- und Genußmittel der polizeilichen Beaufsichtigung und demgemäß auch alle Räumlichkeiten, Einrichtungen und Geräte, welche der Zubereitung, der Aufbewahrung, dem Ausmessen, dem Auswägen und der Beförderung derselben dienen.

Die Beamten und Sachverständigen der Polizei sind daher befugt, alle nach Absatz 1 in Betracht kommenden Räumlichkeiten während der ortsüblichen Geschäftszeit und, wenn der Betrieb zu einer anderen Zeit ausgeübt wird, z. B. in Bäckereien, auch innerhalb dieser Betriebszeit zu betreten. Die Inhaber dieser Räumlichkeiten sind verpflichtet, den Eintritt in sie, die Entnahme einer Probe oder die Revision zu gestatten.

H. Strafen.

§ 16. Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften dieser Polizeiverordnung werden, soweit nicht nach den allgemeinen Strafgesetzen eine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafen bis zu 60 M., an deren Stelle im Unvermögensfalle entsprechende Haft tritt, bestraft.

J. Ausführungsbestimmungen.

§ 17. Bestimmungen, die dieser Polizeiverordnung entgegenstehen, werden aufgehoben.

Die Bestimmungen des § 11 Absatz 1 der Polizeiverordnung vom 15. März

1903, betreffend den Verkehr mit Kuhmilch und Sahne, die Bestimmungen der Polizeiverordnung vom 3. Juni 1908, betreffend Einrichtung und Betrieb von Bäckereien usw., sowie die den städtischen Vieh- und Schlachthof betreffenden Polizeiverordnungen und etwaigen weitergehenden Bestimmungen der Marktpolizeiverordnungen werden durch diese Polizeiverordnung nicht berührt.

§ 18. Diese Polizeiverordnung tritt mit dem 1. April 1913 in Kraft.

Sorgfältige Abfassung der ärztlichen Verordnungen von starkwirkenden Arzneimitteln. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. Mai 1913 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Wie mir berichtet worden ist, gehen den Apotheken häufig ärztliche Verordnungen starkwirkender Arzneimittel zu, die keine genügende Gebrauchsanweisung enthalten, z. B. die Höhe der Einzel- oder der Tagesgabe nicht erwähnen, oder nicht erkennen lassen, ob die Arznei für den inneren oder äußeren Gebrauch bestimmt ist. Auch besteht bei vielen Aerzten die Gepflogenheit, starkwirkende Mittel für sich allein zu verschreiben und ihre Einteilung oder die Herstellung der für den Gebrauch geeigneten Mischung nach mündlicher Anweisung den Kranken oder ihren Angehörigen zu überlassen. Dies Verfahren veranschaulichen u. a. folgende zu meiner Kenntnis gelangte Fälle:

Natr. salicyl. 25,0; dazu die Anweisung, zu Hause das Pulver in 25 Teile zu teilen, jeden Teil aufzubewahren und dann zu gegebener Zeit die Hälfte einer solchen Dosis einzunehmen.

Antipyretic. comp. 10,0; dazu die Anweisung, messerspitzenweise zu nehmen.

Phenacetin 0,4 (für ein Kind); dazu die Anweisung, nach Vorschrift ½ Pulver zu nehmen.

1 Sublimatpastille; dazu die Anweisung, zum Gebrauch in einer Bierflasche (!!) mit Essig aufzulösen.

Die hier gekennzeichnete Art der Verschreibung von starkwirkenden Arzneimitteln ist im höchsten Grade bedenklich. Zunächst liegt in den ärztlichen Verordnungen mit ungenügender oder gar fehlender Gebrauchsanweisung eine unmittelbare Gefahr für den Kranken, da bei mündlich gegebener Anweisung allerlei Mißverständnisse und in weiterer Folge auch Gesundheitsschädigungen vorkommen können. Dies gilt in besonderem Maße für die Fälle, in denen den Kranken oder ihrer Umgebung mit der Einteilung von Einzelgaben oder der Herstellung von Mischungen etwas überlassen wird, was sie ordnungsmäßig auszuführen oft gar nicht imstande sind. Dazu kommt, daß bei zunehmender Häufung solcher Verordnungen mancher Apotheker durch die Scheu vor Konflikten mit den Aerzten verleitet wird, die Verordnungen ohne weiteres auszuführen, obwohl er weiß, daß er sich damit zu den Bestimmungen der Apothekenbetriebsordnung vom 18. Februar 1902 und des Erlasses über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel vom 22. Juni 1896 in Widerspruch setzt. Die zutage getretenen Mißstände legen den Gedanken nahe, der Frage einer Ergänzung der Bestimmungen über die Arzneigabe näher zu treten. Ich will hiervon jedoch einstweilen noch absehen, weil ich annehme, daß eine Einwirkung auf die Aerzte genügen wird, um diese Mißstände zu beseitigen. Es werden deshalb die Aerztekammern durch die Herren Oberpräsidenten ersucht werden, ihren Einfluß auf die Aerzte ihres Bezirks nach dieser Richtung hin geltend zu machen.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte anzuweisen, auch ihrerseits bei geeigneten Gelegenheiten — in Aerztevereinen usw. — den Aerzten die Ausstellung einwandfreier Verordnungen nahezulegen.

Aufbewahrung von Spezialitäten, die giftige oder scharfwirkende Stoffe enthalten, in Apotheken. Bescheid des Ministers des Innern vom 12. März 1913.

Es ist nicht zu verkennen, daß die Aufbewahrung der Spezialitäten, besonders in den Apotheken mit älteren Einrichtungen, großen Schwierigkeiten begegnet. Sind schon für die Aufnahme der zahlreichen Zubereitungen mit einem Gehalt von sehr starwirkenden Stoffen die vorhandeneen Giftschränke nicht bestimmt und nicht geeignet, so werden auch häufig Zweifel darüber

bestehen, ob eine Spezialität den starkwirkenden Mitteln zuzuzählen ist oder nicht.

Da das Arzneibuch sogar bei Arzneimitteln mit hohem Gehalt an sehr starkwirkenden oder starkwirkenden Stoffen, wie Quecksilbersalben, Senfspiritus, Karbolwasser u. a. nicht vorschreibt, daß sie im Giftschrank oder gesondert aufzubewahren sind, und sich Uebelstände daraus nicht ergeben haben, wird auch die gemeinsame Aufstellung aller Spezialitäten bis auf weiteres geduldet werden können. Dabei wird allerdings als Voraussetzung gelten müssen, daß sich die Spezialtitäten, wie es wohl allgemein schon der Fall ist, in geschlossenen Packungen befinden, die in deutlich erkennbarer Weise die einzelnen Mitteln voneinander unterscheiden. Im Zusammenhange mit einer späteren Revision der Bestimmungen über die Einrichtung und den Betrieb der Apotheken wird auch der Erlaß von Vorschriften über die Aufbewahrung der Spezialitäten in Erwägung gezogen werden; zurzeit liegt, soweit sich von hier aus übersehen läßt, ein dringendes Bedürfnis dafür nicht vor.

Dritte Auflage des Krankenpflegelehrbuches. Erlaß des Ministers des Innern vom 10. Mai 1913 — M. 6209 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenteu.

Das durch Erlaß vom 10. April 1909 — M. 6604 — eingeführte Krankenlehrbuch ist in dritter Auflage erschienen. Der Grundcharakter des Buches ist unverändert geblieben, doch sind mit Rücksicht auf die Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft verschiedene wichtigere Aenderungen vorgenommen worden, über die das Vorwort zur dritten Auflage Aufschluß gibt.

Ew. pp. übersende ich ergebenst zwei Exemplare für die dortige Bibliothek sowie den Regierungs- und Medizinalrat mit dem Ersuchen, den staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen die Benutzung der neuen Auflage bei der Ausbildung der Krankenpflegepersonen zur Pflicht zu machen und zugleich die Prüfungskommissionen anzuweisen, die neue Auflage des Krankenpflegelehrbuches der Prüfung zugrunde zu legen. Auch wollen Sie die Kreisärzte und die sonst beteiligten Kreise in geeigneter Weise auf die neue Auflage aufmerksam machen.

Das in Ganzleinen gebundene Exemplar des Werkes wird für Abnehmer aus dem Deutschen Reiche von der Verlagsbuchhandlung August Hirschwald in Berlin NW. 7, Unter den Linden 68, zu dem Preise von 2,50 M. — ausschließlich Portogebühr — geliefert.

B. Großherzogtum Hessen.

Uebernahme der Vertrauensarztstelle bei der Versicherungsanstalt für Angestellte seitens der beamteten Aerzte. Bescheid des Ministeriums des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege, vom 10. Mai 1913 — an die Kreisgesundheitsämter.

Aus dem Wortlaut des Amtsblatts 474 haben Sie mit Recht geschlossen, daß wir uns die Tätigkeit der Medizinalbeamten als Vertrauensärzte der Reichsversicherungsanstelt für Angestellte ungefähr so vorstellen, wie die Tätigkeit für die Landesversicherungsanstalt, also derart, daß die Medizinalbeamten nur in den Fällen zu Gutachten herangezogen werden, in denen das Gutachten des behandelnden Arztes nicht schlüssig ist oder aus irgend welchen Gründen einer sachverständigen Nachprüfung bedarf.

Es ist uns bis jetzt nicht mitgeteilt worden, daß diese Auffassung nicht zutrifft, und das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt bei Anträgen auf Gewährung von Renten oder Heilverfahren grundsätzlich auf die Mitwirkung der behandelnden Aerzte verzichten will.

Wir sind daher damit einverstanden, daß die Medizinalbeamten die Vertrauensarztstellung für die Angestelltenversicherung nur in dem in unserem Amtsblatt gekennzeichneten Umfang ausüben und diese Absicht dem Direktorium mitteilen. Das von der Landesversicherungsanstalt Großherzogtum Hessen von jeher geübte Verfahren hat sich durchaus bewährt.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 13. 5. Juli. 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Veröffentlichung von Runderlassen durch das Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten. Erlasse des Ministers des Innern vom 28. Jauuar 1913 — M. 2846 **(a)** — vom 5. April 1918 — C. 259 **(b)** — und vom 20. Mai 1913 — I a 865 **(c)** — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

(a) Zur Verringerung des Schreibwerks beabsichtige ich Euerer Hochwohlgeboren (Hochgeboren) in geeigneten Fällen Runderlasse — auch solche, in denen Bericht erfordert wird — nicht mehr mittels besonderen Umdrucks zugehen, sondern nur in das wöchentlich erscheinende Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten aufnehmen zu lassen. Ich ersuche ergebenst, diesem Ministerialblatt fortan erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und dies auch den Medizinalbeamten und Polizeibehörden zur besonderen Pflicht zu machen. Diese Beamten haben von den Erlassen alsbald nach dem Empfang des Blattes Kenntnis zu nehmen und sie zu befolgen, als ob sie ihnen besonders zugestellt wären. In besonderen Fällen wird Ihnen eine Anzahl Sonderabdrücke aus dem Ministerialblatt k. H. übersandt werden. Aktenkundig sind die Erlasse durch eine entsprechende Notiz zu machen, welche Nummer und Seite des Ministerialblatts mit enthalten muß.

(b) Ich habe angeordnet, daß Runderlassen in Zukunft die für den Geschäftsbedarf der Regierungen erforderliche Anzahl Ueberdruckexemplare beigefügt werden. In Runderlasse, welche den den Regierungen nachgeordneten Behörden mitzuteilen sind, wird am Schlusse der Zusatz:

„Die erforderlichen Ueberdrucke für die Landräte (Kreisärzte pp.), welche hiernach zu verfahren haben, sind beigefügt“

oder ein ähnlicher der Sachlage entsprechender Zusatz aufgenommen werden, der in der Regel die Hinzufügung eines Vermerks durch die Provinzialbehörden entbehrlich machen wird.

In den Fällen, in denen der Erlaß zur Mitteilung an die nachgeordneten Behörden nicht bestimmt ist, für die geschäftliche Behandlung bei der Regierung selbst aber mehrere Abdrücke erforderlich sind, werden diese ebenfalls von hier aus beigefügt werden.

Ich bemerke bei dieser Gelegenheit, daß mit meinem Runderlasse vom 28. Januar d. Js. — M. 2846 — nicht beabsichtigt ist, den Landräten und Polizeibehörden die Verpflichtung aufzuerlegen, das Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten zu halten. Das nach jenem Erlaß in Aussicht genommene Verfahren wird nur in Fällen Anwendung finden, in denen eine Weitergabe an die Polizeibehörden nicht erforderlich ist.

(c) Nach dem Erlaß vom 5. v. Mts. — C. 259 — wird den Runderlassen, die zur Mitteilung an den Regierungen nachgeordnete Behörden bestimmt sind, von hier aus die erforderliche Anzahl von Ueberdrucken unter Bezeichnung der Behörden und Beamten beigefügt, für die sie bestimmt sind. Hieraus ist zu entnehmen, daß die Mitteilung solcher Erlasse im allgemeinen auf die jeweils bezeichneten Behörden und Beamten beschränkt bleiben soll und daß ihre weitere Bekanntgabe an andere Amtsstellen nicht beabsichtigt wird. Sollte in einzelnen Fällen eine solche weitergehende Bekanntgabe von Runderlassen von mir für erforderlich erachtet werden, so wird dies in dem betreffenden Erlaß besonders hervorgehoben und wegen Uebersendung der dann erforderlichen Anzahl von Ueberdrucken Verfügung getroffen werden. Sollte ausnahmsweise die Mitteilung von Runderlassen, welche einen solchen Vermerk nicht enthalten, an noch weitere, hier nicht bezeichnete Behörden pp. von Euerer Hochwohl

geboren für erforderlich gehalten werden, so ist zunächst an mich zu berichten, von einer weiteren Vervielfältigung und Verteilung des betreffenden Erlasses ohne diese Rückfrage aber abzusehen.

Die für den inneren Geschäftsbetrieb dort erforderliche Anzahl von Ueberdrucken dieses Erlasses liegt bei.

Durchführung der Impfung. Rundverfügung des Regierungspräsidenten in Minden vom 16. Mai 1913.

Nach dem Reichsimpfgesetz soll jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule innerhalb des Jahres, in dem er das 12. Lebensjahr zurücklegt, geimpft werden. Wie nun aus den Uebersichten über die Ergebnisse der Wiederimpfung hervorgeht, ist im hiesigen Regierungsbezirk die Zahl derjenigen Kinder, die wegen Aufhörens des Schulbesuchs ungeimpft bleiben, nicht unbedeutend; sie ist in den letzten Jahren sogar etwas gestiegen, aber nicht etwa wegen widerrechtlicher Entziehung, sondern hauptsächlich infolge zu später Vorladung zur ersten oder zu der nachfolgenden Wiederimpfung, falls diese wegen Aussetzung oder Erfolglosigkeit der vorhergegangenen wiederholt werden mußte. Es müssen daher bei Aufschiebung oder Erfolglosigkeit der Impfung die Termine für die spätere Vornahme oder für die zweite und dritte Wiederholung so anberaumt werden, daß die Impfung unter allen Umständen noch während der Dauer der Schulpflicht ausgeführt werden kann. Am einfachsten wird dies in der Weise bewirkt, wenn für derartige Kinder im letzten Vierteljahr der betr. Impfperiode nochmals ein Impftermin angesetzt oder bei erfolgloser Wiederimpfung die Impfung sofort im Nachschautermin wiederholt wird. Der Impfarzt hat demzufolge auch im Nachschautermine stets etwas Lymphe bereit zu halten, was sich auch mit Rücksicht auf die Impfung der etwa beim Impftermine nicht erschienenen und erst im Nachschautermine vorgestellten Kinder empfiehlt.

In den letzten Jahren sind außerdem infolge der ausgedehnten Agitation der Impfgegner auch im hiesigen Regierungsbezirke vereinzelte Fälle fortgesetzter Entziehung von Kindern, namentlich von Erstimpflingen, von der Impfpflicht vorgekommen, bei denen sich schließlich die Anordnung einer Zwangsimpfung notwendig erwies, die in solchen Fällen nach ständiger Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts zulässig ist und besonders grundsätzlichen Impfgegnern gegenüber auch durchgeführt werden muß, um den Erfolg eines der wichtigsten und segensreichsten Gesetze auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege sicherzustellen. Wie die Erfahrung im hiesigen Regierunksbezirk gezeigt hat, wird sich eine solche Zwangsimpfung in den meisten Fällen vermeiden lassen, wenn zuvor die Eltern nochmals von dem Kreisarzt und einem höheren Polizeibeamten (Kommissar, Inspektor, Amtmann usw.) über die Notwendigkeit und Ungefährlichkeit der Impfung mündlich belehrt werden und zugleich bei fortgesetzter Weigerung die zwangsweise Durchführung angedroht wird. Es ist demzufolge künftighin in allen derartigen Fällen in dieser Weise zu verfahren. Sollten sich aber alle Belehrungen als fruchtlos erweisen, so ist die Zwangsimpfung anzuordnen, bei ihrer Durchführung aber nicht nur für strenge Beachtung aller gesetzlichen Bestimmungen, sondern auch dafür zu sorgen, daß die etwa erforderliche Anwendung von Gewalt in rücksichtsvoller Form geschieht. Es hat deshalb die zwangsweise Zuführung des Impflings zum Impfarzt unter Mitwirkung und Aufsicht eines höheren Polizeibeamten zu erfolgen.

Preisfestsetzung auf Grund des § 376 der Reichsversicherungsordnung für die von den Krankenkassen aus Apotheken bezogenen Arzneimittel. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. Juni 1913 — M. 5230 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Auf Grund des § 376 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung setze ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe den Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe, welchen die Apotheker den Krankenkassen für die Arzneien zu gewähren haben, auf 10 vom Hundert fest. Ausgenommen von dieser Abschlagsgewährung sind Heilsera, Tuberkulin in unverdünntem Zustande sowie die nach Ziffer 21 Abs. 1 der Arzneitaxe berechneten fabrikmäßig hergestellten Arzneizubereitungen.

Ferner ordne ich zur Ausführung des § 376 Abs. 2 a. a. O. folgendes an:

Für die von den oberen Verwaltungsbehörden festzusetzende Handverkaufsliste sind in erster Linie die örtlichen Verhältnisse und die im Handververkauf üblichen Preise maßgebend. Mit Rücksicht darauf, daß sowohl die Zahl und Art derjenigen Mittel, die sonst ohne ärztliche Verschreibung abgegeben zu werden pflegen, als auch die dafür gezahlten Preise örtlich sehr verschieden sind, ersuche ich Sie, über den Umfang der Handverkaufsliste und die im Handverkauf gezahlten Preise zunächst Vertreter der Krankenkassen und der Apotheker zu hören und die Liste alsdann für Ihren Bezirk — nötigenfalls verschieden für dessen einzelne Teile — selbständig festzusetzen. Bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen ist darauf zu achten, daß tunlichst Vertreter von allen im Bezirke vorkommenden Arten von Krankenkassen gehört werden. Bei der Auswahl der zu hörenden Apotheker ist auch der Vorstand der Apothekerkammer zu berücksichtigen. Im allgemeinen bestimme ich folgendes:

Die Höchstpreise dürfen die Preise, die sich nach der Arzneitaxe unter Berücksichtigung des nach Abs. 1 festgesetzten Rabatts ergeben, in keinem Falle überschreiten.

Der Mindestpreis für ein abzugebendes Arzneimittel beträgt 10 Pfg. Wird neben der Bezeichnung der Art und der Menge eines Handverkaufsmittels vom Arzte die Angabe einer schriftlichen Gebrauchsanweisung vorgeschrieben, so sind dafür 10 Pfennig besonders zu berechnen.

Indem ich Ew. pp. hiernach das Weitere überlasse, ersuche ich ergebenst, die Festsetzungen aus § 376 Abs. 1 und 2 der Reichsversicherungsordnung demnächst bekannt zu geben.

Schließlich bemerke ich noch, daß eine Anordnung im Sinne des § 376 Abs. 3 a. a. O. dann zu treffen sein wird, wenn die mit der Kasse im Vertragsverhältnisse stehenden anderweiten Arzneimittelhandlungen nicht die Gewähr dafür bieten, daß sie die Arzneimittel in der erforderlichen Güte vorrätig halten.

B. Königreich Württemberg.

Abänderung der Bestimmungen über die ärztlichen Landesvereine. Verfügung des Ministeriums des Innern vom 21. Mai 1913.

Die Verfügung des Ministeriums des Innern, betr. die ärztlichen, tierärztlichen und pharmazeutischen Vereine vom 30. Dezember 1875 (Reg.-Bl. von 1876 S. 5), 14. Januar 1903 (Reg.-Bl. S. 7), wird mit Allerhöchster Genehmigung Sr. Königlichen Majestät folgendermaßen geändert:

1) Der § 9 erhält folgenden Absatz 3:

„Dem Ausschuß gehört ferner ein Vertreter der medizinischen Fakultät der Landesuniversität an. Der Vertreter sowie ein Stellvertreter für ihn werden durch die Fakultät aus ihrer Mitte jeweils auf die Dauer von drei Jahren gewählt; hiebei entscheidet die einfache Stimmenmehrheit der erschienenen Fakultätsmitglieder. Ueber das Wahlergebnis hat der Dekan der Fakultät dem Medizinalkollegium Mitteilung zu machen."

2) Der § 12 erhält folgenden Absatz 4:

„Der Vertreter der medizinischen Fakultät der Landesuniversität erhält als Entschädigung für Zeitaufwand und Auslagen die ihm für amtliche Verrichtungen außerhalb seines Wohnorts zustehenden verordnungsmäßigen Diäten und Reisekosten, und zwar im Fall des Absatz 3 aus der Staatskasse, im übrigen aus der Fakultätskasse."

Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker nach Aufhebung der Untersuchungshaft. Verfügung des Justizministeriums vom 21. April 1913, den nachgeordneten Verwaltungsbehörden durch Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 26. April 1913 zur Beachtung mitgeteilt.

Anläßlich eines Einzelfalles hat das K. Ministerium des Innern neuerdings darauf hingewiesen, daß die Entschließung darüber, ob und welche Maßnahmen gegen geisteskranke Personen nach ihrer Entlassung aus der Untersuchungshaft zur Verhinderung weiterer objektiv rechtswidriger Handlungen angezeigt erscheinen, nicht Aufgabe des Oberamts, sondern der Ortspolizeibehörde in Betätigung der ihr obliegenden Sicherheitspolizei sei. Das K. Ministerium des Innern hat hieran das Ersuchen geknüpft, es möchten in künftigen Fällen aus der Untersuchungshaft entlassene Geisteskranke, bezüglich deren sicherheitspolizeiliche Maßnahmen in Betracht kommen, von den Justiz-

behörden nicht den Oberämtern, sondern den Ortspolizeibehörden zugeführt werden. Dabei hat jedoch das K. Ministerium des Innern sich damit einverstanden erklärt, daß von der Zulieferung an die Ortspolizeibehörde des Haftortes gleichzeitig das Oberamt benachrichtigt werde, sofern nach Lage der jeweils gegebenen Verhältnisse eine oberamtliche Anordnung auf Grund des Art. 194 Abs. 2 oder 3 der Gemeindeordnung in Frage kommen könne.

Die Justizbehörden werden angewiesen, hiernach zu verfahren. Um die Ergreifung wirksamer sicherheitspolizeilicher Maßnahmen seitens der Polizeibehörden zu unterstützen, ist der zuständigen Ortspolizeibehörde von der bevorstehenden Zuführung eines Geistessranken möglichst frühzeitig Kenntnis zu geben, auch sind ihr die Strafakten, insbesondere darin enthaltene ärztliche Gutachten über den Geisteszustand des Gefangenen, tunlichst schon vor Aufhebung des Haftbefehls zur Einsichtnahme mitzuteilen.

C. Kaiserreich Oesterreich.

Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Gesetz vom 14. April 1910.

I. Hauptstück. Ermittlung der Krankheit.

§ 1. Anzeigepflichtige Krankheiten. Anzeigepflichtige Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind: 1. Scharlach, 2. Diphtherie, 3. Abdominaltyphus, 4. Ruhr (Dysenterie), 5. Epidemische Genickstarre, 6. Wochenbettfieber, 7. Flecktyphus, 8. Blattern, 9. Asiatische Cholera, 10. Pest, 11. Rückfalltyphus, 12. Aussatz (Lepra), 13. Aegyptische Augenentzündung (Trachom), 14. Gelbes Fieber, 15. Milzbrand, 16. Rotz, 17. Wutkrankheit sowie Bißverletzung durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere.

Wenn eine im ersten Absatze nicht bezeichnete Krankheit unter Erscheinungen oder unter Verhältnissen, insbesondere in Kurorten, Anstalten und Internaten, auftritt, die ihre Verbreitung in gefahrdrohender Weise oder in weiterem Umfange besorgen lassen, kann diese Krankheit durch Verordnung allgemein, für eine bestimmte Zeitdauer oder für bestimmt zu bezeichnende Gebiete der Anzeigepflicht unterworfen werden.

§ 2. Erstattung der Anzeige. Jeder Fall einer Erkrankung an einer anzeigepflichtigen Krankheit, der Tod einer mit einer solchen Krankheit behafteten Person sowie jeder Verdacht einer solchen Erkrankung oder eines solchen Todesfalles muß unverzüglich dem Gemeindevorsteher jener Gemeinde, in deren Gebiet der Kranke oder Krankheitsverdächtige sich aufhält oder der Tod erfolgt ist, unter Angabe des Namens, des Alters und der Wohnung des Kranken oder Verstorbenen und soweit tunlich unter Angabe des Namens der Krankheit angezeigt werden. Der bloße Verdacht des Wochenbettfiebers begründet keine Anzeigepflicht. Außerdem kann durch Verordnung allgemein oder für bestimmte Zeit oder für bestimmte anzeigepflichtige Krankheiten angeordnet werden, daß anzeigepflichtige Fälle, die einen Schüler, eine Lehrperson oder einen Schulbediensteten betreffen, der Schulleitung angezeigt werden.

Die Anzeigepflicht tritt ein, sobald die zur Anzeige verpflichtete Person weiß, daß ein anzeigepflichtiger Fall vorliegt oder dies mit Rücksicht auf ihre berufliche Ausbildung oder auf die begleitenden, für jedermann leicht erkennbaren Umstände voraussetzen kann.

Die Form der Anzeige wird durch Verordnung festgesetzt.

§ 3. Zur Anzeige verpflichtete Personen. Zur Erstattung der Anzeige sind verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, in Kranken-, Gebär- und sonstigen Humanitätsanstalten der Leiter der Anstalt oder der durch besondere Vorschriften hierzu verpflichtete Vorstand einer Abteilung; 2. die zugezogene Hebamme; 3. die berufsmäßigen Pflegepersonen, die mit der Wartung des Kranken befaßt sind; 4. der Haushaltungsvorstand (Leiter einer Anstalt) oder die an seiner Stelle mit der Führung des Haushaltes (der Leitung der Anstalt) betraute Person; 5. die Vorsteher öffentlicher und privater Lehranstalten und Kindergärten in bezug auf die ihrer Leitung unterstehenden Schüler, Lehrpersonen und Schulbediensteten; 6. der Wohnungsinhaber oder die an seiner Stelle mit der Obsorge für die Wohnung betraute Person; 7. Inhaber von Gast- und Schankgewerben sowie deren behördlich genehmigte Stellvertreter, bezüglich der von ihnen beherbergten oder bei ihnen bediensteten Personen; 8. der Hausbesitzer oder die mit der Handhabung der Hausordnung betraute Person; 9. in den Fällen der Punkte 15, 16 und 17 des § 1 auch Tierärzte, wenn

sie in Ausübung ihres Berufes von der erfolgten Infektion eines Menschen oder von dem Verdachte einer solchen Kenntnis erlangen; 10. der Totenbeschauer.

Die Verpflichtung zur Anzeige obliegt den unter Z. 2 bis 8 bezeichneten Personen nur dann, wenn ein in der obigen Aufzählung unter Z. 1 bis 7 früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 4. Weitere Anzeige an die Sanitätsbehörden. Jede Anzeige sowie jede sonstige Wahrnehmung über einen anzeigepflichtigen Erkrankungs- oder Todesfall hat der Gemeindevorsteher, sofern die betreffende Gemeinde nicht selbst mit der Besorgung der Angelegenheiten der politischen Verwaltung betraut ist, sofort der politischen Bezirksbehörde bekannt zu geben. Derselben bleibt vorbehalten, die periodische Vorlage der weiter einlangenden Anzeigen anzuordnen.

Jeder erste Fall einer Erkrankung oder des Verdachtes einer Erkrankung an Scharlach, Diphtherie, Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest oder ägyptischer Augenentzündung ist überdies vom Gemeindevorsteher sowie von den in § 3 Punkt 1 bezeichneten zur Anzeige verpflichteten Personen sofort der politischen Bezirksbehörde, in Städten mit eigenem Statut der politischen Landesbehörde telegraphisch, telephonisch oder, wenn auf diese Weise die Anzeige nicht bewirkt werden kann, durch einen eigenen Boten anzuzeigen.

§ 5. Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit. Ueber jede Anzeige sowie über jeden Verdacht des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit haben die zuständigen Behörden durch die ihnen zur Verfügung stehenden Aerzte unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten. Zum Zwecke der Feststellung von Krankheitskeimen sind hierbei nach Möglichkeit fachliche Untersuchungsanstalten in Anspruch zu nehmen.

Unter welchen Voraussetzungen und von welchen Organen bei diesen Erhebungen die Oeffnung von Leichen und die Untersuchung von Leichenteilen vorgenommen werden können, wird durch Verordnung bestimmt.

II. Hauptstück. Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten.

§ 6. Einleitung von Vorkehrungen beim Auftreten anzeigepflichtiger Krankheiten. Ueber jeden Fall einer anzeigepflichtigen Krankheit sowie über jeden Verdachtsfall einer solchen Krankheit sind, neben den nach § 5 etwa erforderlichen Erhebungen, ohne Verzug die zur Verhütung der Weiterverbreitung der betreffenden Krankheit notwendigen Vorkehrungen im Sinne der folgenden Bestimmungen für die Dauer der Ansteckungsgefahr zu treffen.

Zur allgemeinen Kenntnis bestimmte Anordnungen sind in jeder Gemeinde des betroffenen Gebietes in ortsüblicher Weise und nach Erfordernis in den zu amtlichen Kundmachungen bestimmten Zeitungen zu verlautbaren. In der gleichen Weise ist auch die Aufhebung solcher Anordnungen ohne Verzug kundzumachen.

§ 7. Absonderung Kranker. Durch Verordnung werden jene anzeigepflichtigen Krankheiten bezeichnet, bei deren Auftreten die hiervon befallenen oder krankheitsverdächtigen Personen abzusondern sind. Hierbei sind auch die Art und Weise zu bestimmen, in der die Absonderung bei jeder einzelnen Krankheit durchzuführen ist.

Kann eine zweckentsprechende Absonderung im Sinne der getroffenen Anordnungen in der Wohnung des Kranken nicht erfolgen oder wird die Absonderung unterlassen, so ist die Unterbringung des Kranken in einer Krankenanstalt oder in einem anderen geeigneten Raume durchzuführen, falls die Ueberführung ohne Gefährdung des Kranken erfolgen kann.

Zum Zwecke der Absonderung sind, wo es mit Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse geboten erscheint, geeignete Räume und zulässig erkannte Transportmittel rechtzeitig bereitzustellen bezw. transportable, mit den nötigen Einrichtungen und Personal ausgestattete Barackenspitäler einzurichten.

Abgesehen von den Fällen der Absonderung eines Kranken im Sinne des zweiten Absatzes kann die Ueberführung aus der Wohnung, in der er sich befindet, nur mit behördlicher Genehmigung und unter genauer Beobachtung der hierbei von der Behörde anzuordnenden Vorsichtsmaßregeln erfolgen.

Diese Genehmigung ist nur dann zu erteilen, wenn eine Gefährdung öffentlicher Rücksichten hierdurch nicht zu besorgen steht, und der Kranke entweder in eine zur Aufnahme solcher Kranker bestimmte Anstalt gebracht werden soll oder die Ueberführung nach der Sachlage unbedingt geboten erscheint.

§ 8. Desinfektion. Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit Krankheitskeimen einer anzeigepflichtigen Krankheit behaftet (ansteckungsverdächtig) sind, unterliegen der behördlichen Desinfektion. Ist eine zweckentsprechende Desinfektion nicht möglich oder im Verhältnisse zum Werte des Gegenstandes zu kostspielig, so kann der Gegenstand vernichtet werden.

Ansteckungsverdächtige Gegenstände dürfen der Desinfektion oder Vernichtung nicht entzogen und vor Durchführung dieser Maßnahmen nicht aus der Wohnung entfernt werden.

Von der erfolgten Durchführung der Desinfektion hat die zur Anzeige des betreffenden Falles nach § 3 verpflichtete Person in der nach § 2 vorgeschriebenen Weise die Anzeige zu erstatten.

Die Desinfektion ist nach Erfordernis unter fachmännischer Leitung durchzuführen.

Die näheren Vorschriften über die Einleitung und die Art der Durchführung der Desinfektion und der Vernichtung von Gegenständen werden durch Verordnung erlassen.

§ 9. Ausschließung einzelner Personen von Lehranstalten. Bewohner von Ortschaften oder Häusern, in denen eine anzeigepflichtige Krankheit aufgetreten ist, können vom Besuche von Lehranstalten, Kindergärten und ähnlichen Anstalten ausgeschlossen werden.

Von der erfolgten Ausschließung ist die Leitung der Anstalt zu verständigen.

Für die Beobachtung dieses Verbotes sind sowohl die ausgeschlossenen Personen selbst, bei Unmündigen deren gesetzliche Vertreter, als auch die zur Ueberwachung des Besuches der Anstalt berufenen Organe derselben verantwortlich.

§ 10. Beschränkung der Wasserbenutzung und sonstige Vorsichtsmaßregeln. In Ortschaften, in denen eine anzeigepflichtige Krankheit aufgetreten ist oder die von einer solchen anderwärts aufgetretenen Krankheit bedroht sind, sowie in der Umgebung solcher Ortschaften können, soweit dies zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit geboten erscheint, die Benutzung von öffentlichen Bade-, Wasch- und Bedürfnisanstalten beschränkt oder untersagt und andere geeignete Vorsichtsmaßregeln verfügt werden.

In gleicher Weise kann beim Auftreten von Abdominaltyphus, Ruhr, Flecktyphus, asiatischer Cholera, ägyptischer Augenentzündung oder Milzbrand die Benutzung von Quellen, Brunnen, Wasserleitungen, Bächen, Teichen und anderen Gewässern beschränkt oder untersagt werden.

Die im vorigen Absatze bezeichneten Verbote erstrecken sich jedoch nicht auf die Wasserbenutzung zur Erzeugung motorischer Kraft, zu Verkehrs- und Industriezwecken, wohl aber auf die Wasserbenutzung zur Erzeugung und zum Vertriebe von Nahrungs- und Genußmitteln.

§ 11. Beschränkung des Lebensmittelverkehrs. Die Abgabe von Lebensmitteln aus Verkaufsstätten, Häusern oder erforderlichenfalls aus einzelnen Ortsgebieten, in denen Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Ruhr, Flecktyphus, Blattern, asiatische Cholera, Pest oder ägyptische Augenentzündung aufgetreten ist, kann untersagt oder von bestimmten Vorsichten abhängig gemacht werden.

§ 12. Abschließung von Wohnungen, Verbot von Totenfeierlichkeiten. Beim Auftreten von Scharlach, Diphtherie, Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera oder Pest dürfen vor Durchführung der Desinfektion die ansteckungsverdächtigen Räume von unberufenen Personen nicht betreten, Leichenmahle und sonstige Totenfeierlichkeiten im selben Hause nicht veranstaltet werden.

Durch Verordnung kann bestimmt werden, daß dasselbe Verbot auch beim Auftreten einer anderen anzeigepflichtigen Krankheit Platz zu greifen hat.

§ 13. Maßnahmen in bezug auf Leichen. Leichen von mit Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest behafteten Personen sind mit tunlichster Beschleunigung in eine Leichenkammer zu überführen.

Beim Auftreten von Scharlach, Diphtherie, Milzbrand oder Rotz kann gleichfalls die Ueberführung der Leichen von mit einer dieser Krankheiten behafteten Personen in eine Leichenkammer angeordnet werden.

Kann die Ueberführung in eine Leichenkammer nicht erfolgen, so ist die Leiche bis zur Beerdigung in der Weise gesondert zu verwahren, daß unberufene Personen nicht Zutritt zur Leiche erhalten.

Die Ueberführung oder Absonderung der Leiche ist erforderlichenfalls zwangsweise vorzunehmen.

Nähere Vorschriften über die Einsargung, Ueberführung und Bestattung solcher Leichen sowie über die Einrichtung von Leichenkammern werden durch Verordnung erlassen.

§ 14. Vertilgung von Tieren. Zur Hintanhaltung der Weiterverbreitung des Flecktyphus, der Pest, des Rückfalltyphus oder des Gelben Fiebers können Maßnahmen zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und Ungeziefer getroffen werden.

Dieselben Vorkehrungen können durch Verordnung auch beim Auftreten anderer anzeigepflichtigen Krankheiten getroffen werden.

§ 15. Maßnahmen gegen das Zusammenströmen größerer Menschenmengen. Die Abhaltung von Märkten, Festlichkeiten und anderen besonderen Veranstaltungen, die ein Zusammenströmen größerer Menschenmengen mit sich bringen, kann beim Auftreten von Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest oder bei gehäuftem Auftreten von Abdominaltyphus, Ruhr oder ägyptischer Augenentzündung allgemein oder mit der Beschränkung auf bestimmte Fälle, auf bestimmte Zeiträume und Gebiete verboten werden.

§ 16. Besondere Meldevorschriften. Für Orte und Gebiete, für welche die Gefahr des Entstehens oder der Einschleppung einer anzeigepflichtigen Krankheit aus anderen Gegenden besteht, können — unbeschadet der geltenden Meldevorschriften — besondere Anordnungen über die Meldung von Fremden und Einheimischen sowie über die Evidenzhaltung der Meldungen erlassen werden.

§ 17. Ueberwachung bestimmter Personen. Personen, die als Träger von Krankheitskeimen einer anzeigepflichtigen Krankheit anzusehen sind, können einer besonderen sanitätspolizeilichen Beobachtung und Ueberwachung unterworfen werden. Zu diesem Zwecke kann diesen Personen eine besondere Meldepflicht auferlegt und kann die periodische ärztliche Untersuchung dieser Personen, erforderlichenfalls die Desinfektion und Absonderung in ihrer Wohnung angeordnet werden; ist die Absonderung in der Wohnung in zweckmäßiger Weise nicht durchführbar, so können die Absonderung und Verpflegung in eigenen Räumen verfügt werden.

Bezieht sich der Ansteckungsverdacht auf die Uebertragung des Flecktyphus, der Blattern, der asiatischen Cholera oder der Pest, so sind die sanitätspolizeiliche Beobachtung und Ueberwachung der ansteckungsverdächtigen Person im Sinne des vorhergehenden Absatzes jedenfalls durchzuführen.

Für Personen, die sich berufsmäßig mit der Krankenbehandlung, der Krankenpflege oder Leichenbesorgung, und für Hebammen ist die Beobachtung besonderer Vorsichten anzuordnen.

§ 18. Schließung von Lehranstalten. Die vollständige oder teilweise Schließung von Lehranstalten, Kindergärten und ähnlichen Anstalten kann im Falle des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit ausgesprochen werden. Von dieser Verfügung ist die zuständige Schulbehörde zu verständigen, welche die Schließung unverzüglich durchzuführen hat.

§ 19. Verbot des Hausierhandels. Die Ausübung des Hausierhandels sowie der im Herumwandern ausgeübten Erwerbstätigkeiten kann bei Auftreten einer anzeigepflichtigen Krankheit für das Gebiet einzelner oder mehrerer Ortschaften oder Gemeinden untersagt werden.

Dieses Verbot sowie seine Aufhebung sind nach Erfordernis auch in den angrenzenden Gemeinden zu verlautbaren.

§ 20. Betriebsbeschränkung oder Schließung gewerblicher Unternehmungen. Beim Auftreten von Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest oder Milzbrand kann die Schließung von Betriebsstätten, in denen bestimmte Gewerbe ausgeübt werden, deren Betrieb eine besondere Gefahr für die Ausbreitung dieser Krankheit mit sich bringt, für bestimmt zu bezeichnende Gebiete angeordnet werden, wenn und insoweit nach den im Betriebe bestehenden Verhältnissen die Aufrechterhaltung desselben eine dringende und schwere Gefährdung der Betriebsangestellten selbst sowie der Oeffentlichkeit überhaupt durch die Weiterverbreitung der Krankheit begründen würde.

Beim Auftreten einer der im ersten Abstze angeführten Krankheiten kann unter den sonstigen dort bezeichneten Bedingungen der Betrieb einzelner gewerbsmäßig betriebenen Unternehmungen mit fester Betriebsstätte beschränkt oder die Schließung der Betriebsstätte verfügt sowie auch einzelnen Personen, die mit Kranken in Berührung kommen, das Betreten der Betriebsstätten untersagt werden.

Die Schließung einer Betriebsstätte ist jedoch erst dann zu verfügen, wenn ganz außerordentliche Gefahren sie nötig erscheinen lassen.

Inwieweit die in diesem Paragraphen bezeichneten Vorkehrungen auch beim Auftreten einer anderen anzeigepflichtigen Krankheit getroffen werden können, wird durch Verordnung bestimmt.

§ 21. Bezeichnung von Häusern und Wohnungen. Beim Auftreten von Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera oder Pest können Häuser, bei Scharlach, Diphtherie, epidemischer Genickstarre Wohnungen, in denen erkrankte Personen sich befinden, durch entsprechende Bezeichnungen kenntlich gemacht werden. Diese Bezeichnungen dürfen nicht vor Durchführung der Desinfektion entfernt werden.

Die Form der Bezeichnung wird durch Verordnung festgestellt.

§ 22. Räumung von Wohnungen. Die Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen ein Fall von Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera oder Pest aufgetreten ist, kann angeordnet und zwangsweise durchgeführt werden, wenn diese Maßnahme sich zum Schutze der von der Krankheit nicht ergriffenen Bewohner und zur wirksamen Bekämpfung der Weiterverbreitung der Krankheit überhaupt als unabweisbar darstellt.

Den betreffenden Bewohnern ist über ihr Begehren, und zwar im Falle ihrer Mittellosigkeit unentgeltlich, eine angemessene Unterkunft und Verpflegung beizustellen.

§ 23. Verkehrsbeschränkungen für bestimmte Gegenstände. Beim Auftreten von Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Ruhr, Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest, ägyptischer Augenentzündung, Milzbrand oder Rotz kann der Verkehr mit Gegenständen, die als Träger von Krankheitskeimen in Betracht kommen und aus einem von der Krankheit befallenen Gebiete stammen, untersagt oder von bestimmten Vorsichten abhängig gemacht werden.

§ 24. Verkehrsbeschränkungen für die Bewohner bestimmter Ortschaften. Beim Auftreten von Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera oder Pest können Vorschriften behufs Einschränkung des Verkehrs für die Bewohner verseuchter Ortschaften oder vorübergehender Niederlassungen erlassen werden.

Ebenso können Beschränkungen für den Verkehr mit den Bewohnern solcher Ortschaften oder vorübergehender Niederlassungen von außen angeordnet werden.

§ 25. Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Auslande. Durch Verordnung wird auf Grund der bestehenden Gesetze und Staatsverträge bestimmt, welchen Maßnahmen zur Verhütung der Einschleppung einer Krankheit aus dem Auslande der Einlaß von Seeschiffen sowie anderer dem Personen- oder Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge, die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen, endlich der Eintritt und die Beförderung von Personen unterworfen werden.

§ 26. Vorschriften in bezug auf Verkehrsanstalten im Inlande. Für den Betrieb öffentlicher Verkehrsanstalten (Eisenbahnen, Binnenschiffahrtsunternehmungen, Flöße usw.) und für den Verkehr auf denselben wird durch Verordnung bestimmt werden, in welcher Weise und durch welche Organe die in diesem Gesetze bezeichneten Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten in Anwendung zu bringen sind.

In gleicher Weise werden die erforderlichen Anordnungen über die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes auf Schiffen, Hafenbauten und sonstigen im Bereiche der Seebehörden gelegenen Objekten durch Verordnung erlassen.

§ 27. Epidemieärzte. Falls bei Auftreten einer anzeigepflichtigen Krankheit die in dem betroffenen Gebiete zur Verfügung stehenden Aerzte, in erster Linie die Gemeinde- und Distriktsärzte zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit nicht ausreichen, können für die Dauer des Bedarfes Epidemieärzte bestellt werden.

Bei der Bestellung der Epidemieärzte werden ihre Bezüge durch Vertrag mit der Maßgabe geregelt, daß sie im Falle ihrer Erkrankung auch dann, wenn sie nicht die Berufsunfähigkeit begründet, ihr volles Gehalt fortbeziehen.

§ 28. Maßnahmen in bezug auf Krankheitserreger. Für die Ausführung von Untersuchungen und Arbeiten mit Krankheitserregern sowie für deren Aufbewahrung und den Verkehr mit denselben können besondere Anordnungen durch Verordnung erlassen werden.

III. Hauptstück. Entschädigung und Bestreitung der Kosten.

§ 29. Entschädigungsanspruch. Für Gegenstände, die nach den Vorschriften dieses Gesetzes der behördlichen Desinfektion unterzogen und hierbei

derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauche nicht mehr verwendet werden können, sowie für vernichtete Gegenstände wird eine angemessene Vergütung gewährt.

Die Entschädigung ist demjenigen auszubezahlen, in dessen Besitz sich der Gegenstand befand.

Für Gegenstände, die sich im Eigentum einer öffentlichen Körperschaft (Staat, Land, Bezirk, Ortsgemeinde, Schulgemeinde usw.) oder eines öffentlichen Fonds befinden, wird keine Entschädigung gewährt.

§ 30. Verlust des Entschädigungsanspruches. Der Anspruch auf Entschädigung geht verloren, wenn der Eigentümer oder Besitzer des Gegenstandes sich in bezug auf die Krankheit, zu deren Verhütung oder Bekämpfung die Desinfektion oder Vernichtung verfügt wurde, einer den Bestimmungen dieses Gesetzes oder der auf Grund derselben erlassenen Anordnungen widerstreitenden Handlung oder Unterlassung schuldig gemacht hat.

Ebenso geht der Anspruch auf Entschädigung verloren, wenn der Besitzer der beschädigten oder vernichteten Gegenstände sie oder einzelne von ihnen an sich gebracht hat, obwohl er wußte oder den Umständen nach annehmen mußte, daß sie bereits mit dem Krankheitsstoff behaftet oder auf behördliche Anordnung zu desinfizieren waren.

§ 31. Ermittelung der Höhe des Schadens. Wenn der durch die Desinfektion oder Vernichtung verursachte Schaden nicht auf Grund der Erklärung des Eigentümers, Besitzers oder Verwahrers oder sonstiger geeigneter Anhaltspunkte in ausreichender Weise ermittelt werden kann, ist derselbe vor Rückstellung oder vor Vernichtung durch beeidete Sachverständige und, wo dies nicht tunlich ist, durch unbefangene Gedenkzeugen, welche den Wert der beschädigten Gegenstände zu beurteilen vermögen, abzuschätzen.

Die Abschätzung entfällt, wenn der Eigentümer oder Besitzer des Gegenstandes einen Entschädigungsanspruch nicht geltend zu machen erklärt.

§ 32. Vergütung für den Verdienstentgang. Mittellosen Personen, insbesondere Kleingewerbetreibenden, Kleingrundbesitzern, Kleinhändlern, sowie Personen, die vom Tag- oder Wochenlohn leben, und ausnahmslos jenen, die einer Personaleinkommensteuer nicht unterliegen, wird für die Zeit, während deren sie durch eine auf Grund der §§ 7, 17, 20 oder 22 getroffene Verfügung an ihrem Erwerbe gehindert werden, eine Vergütung von 60 Prozent des im Gerichtsbezirk üblichen Tagelohnes gewöhnlicher der Versicherungspflicht unterliegender Arbeiter gewährt. Die Festsetzung der Höhe des Tagelohnes erfolgt nach § 7 des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. Nr. 33.

Wenn der mittellosen Person nach sonstigen Vorschriften oder auf Grund der Arbeiterkrankenversicherung für die Dauer der im ersten Absatz erwähnten Maßnahmen eine Vergütung für den Verdienstentgang gebührt, so wird in den im ersten Absatz bezeichneten Fällen die Vergütung auf das dort vorgeschriebene Maß ergänzt.

Wenn die der mittellosen Person nach sonstigen Vorschriften gebührende Vergütung das im ersten Absatz bezeichnete Ausmaß erreicht oder übersteigt, so finden die vorangehenden Bestimmungen dieses Paragraphen keine Anwendung.

§ 33. Frist zur Geltendmachung des Anspruches auf Entschädigung oder Vergütung des Verdienstentganges. Der Anspruch auf Entschädigung (§ 29) oder auf Vergütung des Verdienstentganges (§ 32) ist binnen 30 Tagen nach erfolgter Desinfektion oder Rückstellung des Gegenstandes oder nach Verständigung von der erfolgten Vernichtung bezw. nach Verständigung von der gemäß §§ 7, 17, 20 oder 22 getroffenen Verfügung bei der politischen Behörde, in deren Sprengel die betreffende Vorkehrung getroffen wurde, geltend zu machen, widrigenfalls der Anspruch erlischt. Die Auszahlung der Entschädigung bezw. Vergütung hat mit aller Beschleunigung zu erfolgen.

§ 34. Ruhe- und Versorgungsgenüsse für Aerzte und ihre Hinterbliebenen. Wenn ein Arzt, bei Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit im Inlande tätig, berufsunfähig wird oder den Tod findet, so gebühren ihm und im Falle seines Ablebens seinen Hinterbliebenen Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Der Ruhegenuß beträgt mindestens 2400 Kronen, die Versorgungsgenüsse der Hinterbliebenen werden in dem für die Staatsbeamten der VIII. Rangklasse festgesetzten Ausmaße bemessen; als Sterbequartal gebührt den Hinterbliebenen mindestens ein Betrag von 600 Kronen. Bei Zuerkennung dieser Ruhe- und Versorgungsgenüsse sowie des Sterbequartals sind im übrigen die allgemeinen Pensionsnormen zu beobachten.

Wenn dem Arzt oder seinen Hinterbliebenen nach sonstigen Vorschriften

aus seinem Dienstverhältnis Ruhe- und Versorgungssgenüsse gebühren, so werden sie in den im ersten Absatz bezeichneten Fällen auf das dort vorgeschriebene Ausmaß ergänzt.

Wenn die dem Arzt oder seinen Hinterbliebenen nach sonstigen Vorschriften aus seinem Dienstverhältnis gebührenden Ruhe- und Versorgungsgenüsse das im ersten Absatz vorgeschriebene Ausmaß erreichen oder übersteigen, so finden die vorangehenden Bestimmungen dieses Pararagraphen keine Anwendung.

§ 35. Ruhe- und Versorgungsgenüsse für Pflegepersonen und ihre Hinterbliebenen. Wenn eine Pflegeperson, die vermöge ihrer dauernden oder vorübergehenden Verwendung im öffentlichen Sanitätsdienst bei Bekämpfung einer anzeigepflichtigen Krankheit erwerbsunfähig wird oder den Tod findet, so gebühren ihr und im Falle ihres Ablebens ihren Hinterbliebenen Ruhe- und Versorgungsgenüsse. Der Ruhegenuß beträgt mindestens 600 Kronen, die Witwenpension 300 Kronen, der Erziehungsbeitrag 60 Kronen und die Waisenpension 150 Kronen; als Sterbequartal gebührt den Hinterbliebenen mindestens ein Betrag von 150 Kronen. Bei Zuerkennung dieser Ruhe- und Versorgungsgenüsse sowie des Sterbequartals sind im übrigen die allgemeinen Pensionsnormen zu beobachten.

Wenn der Pflegeperson oder ihren Hinterbliebenen und sonstigen Vorschriften aus ihrem Dienstverhältnis Ruhe- und Versorgungsgenüsse gebühren, so werden sie in den im ersten Absatz bezeichneten Fällen auf das dort vorgeschriebene Ausmaß ergänzt.

Wenn die der Pflegeperson oder ihren Hinterbliebenen nach sonstigen Vorschriften aus ihrem Dienstverhältnis gebührenden Ruhe- und Versorgungsgenüsse das im ersten Absatz vorgeschriebene Außmaß erreichen oder übersteigen, so finden die vorangehenden Bestimmungen dieses Paragraphen keine Anwendung.

Wenn eine Pflegeperson unter den im ersten Absatz bezeichneten Bedingungen erkrankt, ohne daß die dort vorgesehenen Wirkungen eintreten, hat sie Anspruch auf den Fortbezug ihres Gehaltes.

Dieser Paragraph findet auch auf die beim Krankentransport und bei der Desinfektion nach § 8 beschäftigten Personen Anwendung.

§ 36. Kostenbestreitung aus dem Staatschatz. Aus dem Staatsschatz sind zu bestreiten: a) die Kosten der besonderen Anzeigen nach § 4 Abs. 2; b) die Kosten der in staatlichen Untersuchungsanstalten nach § 5 vorgenommenen Untersuchungen; c) die Kosten der Vertilgung von Tieren, durch die Krankheitskeime verbreitet werden können (§ 14); d) die Kosten der Ueberwachung und Absonderung ansteckungsverdächtiger Personen (§ 17); e) die Kosten für die Beistellung von Unterkünften (§ 22); f) die Kosten der Vorkehrungen zur Einschränkung des Verkehrs mit Bewohnern verseuchter Ortschaften und Niederlassungen (§ 24); g) die Gebühren der Epidemieärzte (§ 27); h) die Entschädigungen für die bei Desinfizierung beschädigten oder vernichteten Gegenstände (§§ 29—31); i) die Vergütungen für den Verdienstentgang (§ 32); k) die Ruhe- und Versorgungsgenüsse für Aerzte und ihre Hinterbliebenen (§ 34); l) die Ruhe- und Versorgungsgenüsse für Pflegepersonen und ihre Hinterbliebenen (§ 35); m) die Kosten der von den staatlichen Behörden und Organen aus Anlaß der Durchführung dieses Gesetzes zu pflegenden Amtshandlungen.

Der Ausspruch über Forderungen, die auf Grund der vorangehenden Bestimmungen erhoben werden, ist von der politischen Landesbehörde unter Freilassung der Berufung an das Ministerium des Innern zu fällen.

Die Regierung hat bei Auftreten oder Umsichgreifen von Epidemien bedürftigen Gemeinden, insbesonders in Grenzbezirken, im Bedarfsfalle Beihilfen in der Höhe von wenigstens der Hälfte der Ausgaben zu gewähren, die ihnen durch die im § 7 und § 8 vorgesehenen Maßnahmen erwachsen.

§ 37. Kostenersatz durch die Parteien. Der Landesgesetzgebung bleibt vorbehalten, Bestimmungen über die Einhebung von Gebühren und Ersatzleistungen zur Deckung jener Kosten zu treffen, die den Gemeinden aus Anlaß der Durchführung von Vorkehrungen im Sinne dieses Gesetzes erwachsen.

§ 38. Prämien und Vergütungen für besondere Leistungen. Für eine bei Durchführung von Vorkehrungen im Sinne dieses Gesetzes geleistete außerordentliche und opfermutige Mitwirkung, die zur raschen und erfolgreichen Bekämpfung der Weiterverbreitung einer anzeigepflichtigen Krankheit geführt hat, können aus dem Staatsschatze Prämien bis zum Betrage von 200 Kronen zuerkannt werden.

Ueberdies kann für besondere, das Ausmaß der pflichtgemäßen Obsorge

übersteigende Leistungen bei Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes aus dem Staatsschatze eine angemessene Vergütung für die erwachsenen Kosten und für den außerordentlichen Arbeitsaufwand gewährt werden. Die Zuerkennung der Prämien und Vergütungen erfolgt von Amtswegen. Die Schlußfassung hierüber obliegt, mit Ausschluß eines Rechtsmittel dagegen, der politischen Landesbehörde.

IV. Hauptstück. Strafbestimmungen.

§ 39. Verletzung einer Anzeige- oder Meldepflicht. Wer den in diesem Gesetze enthaltenen oder auf Grund desselben erlassenen Anordnungen über die Erstattung von Anzeigen und Meldungen zuwiderhandelt, wird von der politischen Behörde mit einer Geldstrafe bis zu 100 Kronen oder mit Arrest bis zu acht Tagen bestraft. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige zwar nicht von dem zunächst Verpflichteten, jedoch rechtzeitig gemacht worden ist.

§ 40. Sonstige Uebertretungen. Abgesehen von den in § 39 bezeichneten Fällen, werden Handlungen oder Unterlassungen, die diesem Gesetze oder den auf Grund desselben erlassenen Anordnungen zuwiderlaufen, sofern nicht die allgemeinen Strafgesetze zur Anwendung kommen, von der politischen Behörde mit einer Geldstrafe bis zu 200 Kronen oder mit Arrest bis zu 14 Tagen bestraft.

§ 41. Beschlagnahme und Verfall von Gegenständen. Gegenstände, durch deren Verwahrung, Behandlung oder Benutzung eine Bestimmung dieses Gesetzes oder eine auf Grund desselben erlassene Anordnung verletzt oder umgangen wurde, können von den berufenen Organen der Sanitätsbehörden mit Beschlag belegt werden.

Gegenstände, mit denen ein nach § 25 erlassenes Verkehrsverbot verletzt oder umgangen wurde, sind jedenfalls mit Beschlag zu belegen und durch die politische Behörde, in deren Sprengel sie betreten wurden, als verfallen zu erklären.

Die Beschlagnahme und der Verfall von Gegenständen im Sinne des vorhergehenden Absatzes sind von der Einleitung der Strafverfolgung einer bestimmten Person und von der Verurteilung derselben unabhängig.

Wenn die Vernichtung eines verfallenen Gegenstandes nicht einzutreten hat, so ist derselbe nach entsprechend durchgeführter Desinfektion im öffentlichen Versteigerungswege zu veräußern.

§ 42. Widmung der Geldstrafen. Die Geldstrafen sowie der Erlös für die im Verfall erklärten Gegenstände fließen jenen Gemeinden zu, in deren Gebiet die strafbare Handlung begangen oder der in Verfall erklärte Gegenstand betreten wurde, und sind für Zwecke der öffentlichen Sanitätspflege zu verwenden.

V. Hauptstück. Allgemeine Bestimmungen.

§ 43. Behördliche Kompetenzen. Die Bestimmungen des Gesetzes vom 30. April 1870, Nr. 68 R.G.Bl., betr. die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes bleiben durch die Vorschriften des gegenwärtigen Gesetzes unberührt.

Demnach obliegen in erster Linie die Einleitung und Durchführung der in § 5 Absatz 1 bezeichneten Erhebungen und der in den §§ 7 bis 14 und 18 bezeichneten Vorkehrungen zur Verhütung ansteckender Krankheiten und ihrer Weiterverbreitung sowie auch die örtliche Mitwirkung bei allen anderen im Sinne dieses Gesetzes zu treffenden Vorkehrungen den Gemeinden im übertragenen Wirkungskreise.

Beim Auftreten von Scharlach, Diphtherie, Abdominaltyphus, Flecktyphus, Blattern, asiatischer Cholera, Pest, ägyptischer Augenentzündung, Wutkrankheit, Bißverletzungen durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere sowie in sonstigen Fällen dringender Gefahr sind die in § 5 Absatz 1 bezeichneten Erhebungen und die in den §§ 7 bis 14 bezeichneten Vorkehrungen auch sofort an Ort und Stelle von den zuständigen im öffentlichen Sanitätsdienste stehenden Aerzten zu treffen.

Die Einleitung, Durchführung und Sicherstellung sämtlicher in diesem Gesetze vorgeschriebenen Erhebungen und Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten bezw. die Ueberwachung und Förderung der in erster Linie von den Gemeinden oder im Sinne des vorhergehenden Absatzes von den zuständigen Sanitätsorganen getroffenen Vorkehrungen sind Aufgabe der zur Handhabung des staatlichen Wirkungskreises in Sanitätsangelegenheiten berufenen politischen Behörden.

§ 44. Besondere Befugnisse der Sanitätsbehörden und

ihrer Organe. Die zur Untersuchung eines Krankheitsfalles im Sinne des § 43 Absatz 3 oder auf Grund behördlicher Verfügung berufenen Aerzte sind nach Verständigung des Haushaltungsvorstandes oder der mit der Leitung der Pflege eines Kranken betrauten Person zum Zutritte zum Kranken oder zur Leiche und zur Vornahme der behufs Feststellung der Krankheit erforderlichen Untersuchungen berechtigt. Hierbei ist nach Möglichkeit im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzte vorzugehen.

Den zur Vornahme der Desinfektion oder zu sonstigen Vorkehrungen im Sinne dieses Gesetzes behördlich angeordneten Organen dürfen der Zutritt in Grundstück, Häuser und sonstige Anlagen, insbesondere in ansteckungsverdächtige Räume und zu ansteckungsverdächtigen Gegenständen, sowie die Vornahme der erforderlichen Maßnahmen und der zur Desinfektion oder Vernichtung erforderlichen Verfügungen über Gegenstände und Räume nicht verwehrt werden.

Ergibt sich der Verdacht, daß eine anzeigepflichtige Krankheit verheimlicht wird oder daß ansteckungsverdächtigeGegenstände verborgen werden, so kann durch die politische Bezirksbehörde nach den Vorschriften der §§ 3 und 5 des Gesetzes vom 27. Oktober 1862, Nr. 88 R.G.Bl., eine Hausdurchsuchung vorgenommen werden.

§ 45. Vorkehrungen im Bereiche der Militärverwaltung. Die Durchführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes im Bereiche der Militärverwaltung zu treffenden Vorkehrungen obliegt den Militärbehörden. Zu den gedachten Zwecken ist zwischen den Militärbehörden und den Sanitätsbehörden das Einvernehmen zu pflegen.

§ 46. Wirkungen von Berufungen. Rekursen (Berufungen) gegen Entscheidungen und Verfügungen, welche auf Grund dieses Gesetzes oder der zur Durchführung desselben erlassenen Anordnungen getroffen werden, kommt eine aufschiebende Wirkung nicht zu.

Eine Ausnahme hiervon findet nur insoweit statt, als es sich um die Vollstreckung von Straferkenntnissen handelt.

§ 47. Portobehandlung. Die nach diesem Gesetze zu Erstattung von Anzeigen und Meldungen verpflichteten Personen sind von der Telegraphengebühr und der Entrichtung der Portogebühr für die nichtrekommandierte und nicht mit Zustellungsnachweis erfolgende Postbeförderung solcher Anzeigen und Meldungen befreit.

Die Kosten der betreffenden Beförderungen werden — insofern sie nicht nach Maßgabe der bestehenden Gesetze die Portofreiheit genießen — von der Sanitätsverwaltung in einem jährlichen Pauschalbetrage vergütet.

§ 48. Aufhebung älterer Vorschriften. Die §§ 393 bis einschließlich 397 des Strafgesetzes vom 27. Mai 1852, Nr. 117 R.G.Bl., und das Patent vom 21. Mai 1805, J.G.S. 731, werden außer Wirksamkeit gesetzt.

Ebenso treten alle Vorschriften über Gegenstände, die in diesem Gesetze geregelt sind oder auf Grund desselben durch Verordnung geregelt werden, mit dem Beginne der Wirksamkeit dieses Gesetzes oder der betreffenden Verordnungen außer Kraft.

§ 49. Aenderung des Strafgesetzes. Nach der Ueberschrift des neunten Hauptstücks des zweiten Teiles des Strafgesetzes vom 27. Mai 1852, Nr. 117 R.G.Bl., ist einzuschalten:

Gefährdung der Gesundheit durch übertragbare Krankheiten.

§ 393. Wer eine Handlung oder Unterlassung begeht, von der er einzusehen vermag (§ 335), daß sie die Verbreitung einer übertragbaren Krankheit und dadurch eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen herbeizuführen geeignet ist, wird wegen Uebertretung mit einer Geldstrafe von 10 bis 1000 Kronen oder mit Arrest von 3 Tagen bis zu 3 Monaten und, wenn aus der Tat eine schwere körperliche Beschädigung oder der Tod eines Menschen erfolgte, nach § 335 bestraft.

Wird die Tat unter besonders gefährlichen Verhältnissen begangen, so sind die Strafen der §§ 337 und 432 anzuwenden.

§ 50. Wirksamkeit des Gesetzes. Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Kundmachung in Kraft.

§ 51. Vollzugsvorschrift. Mit dem Vollzuge des Gesetzes ist der Minister des Innern in Einvernahme mit den beteiligten Behörden betraut.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 14. 20. Juli. 1913.

Rechtsprechung.

Eine medizinaltechnische Behörde (z. B. Medizinalkommission in Rostock) oder deren Vorsitzender ist zum Erlasse amtlicher Warnungen berechtigt. Beschluß des Reichsgerichts (III. Str.-Sen.) vom 4. März 1912.

Polizeiverordnungen, durch die den Aerzten eine Meldepflicht beim Kreisarzt auch beim Wohnungswechsel auferlegt wird, sind rechtsungültig. Urteil des Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 17. Februar 1913.[1])

Nach der Feststellung der Strafkammer betreibt der Angeklagte seine ärztliche Praxis ausschließlich in Berlin, wo er eine Klinik unterhält und früher auch wohnte. Im März 1911 verlegte er seine Wohnung von Berlin nach Charlottenburg, unterließ es aber, seinen Zuzug bei dem für Charlottenburg zuständigen Kreisarzt zu melden, obwohl er mehrfach dazu aufgefordert wurde. Er ist daher wegen Uebertretung der §§ 1, 3, 5 der Polizeiverordnung über das Meldewesen der Aerzte usw. im Landespolizeibezirk Berlin vom 15. Dezember 1902 (Amtsbl. S. 577) verurteilt worden.

Nach § 1 dieser Polizeiverordnung haben sich Personen, die in Deutschland die Approbation als Arzt erlangt haben und die in Berlin, Charlottenburg, Schöneberg oder Neukölln wohnen, falls sie ärztliche Tätigkeit ausüben, bei dem durch öffentliche Bekanntmachung bezeichneten zuständigen Kreisarzte spätestens 14 Tage nach dem Beginne der Tätigkeit unter Vorlegung ihrer Approbation persönlich zu melden und gleichzeitig die für die Listenführung erforderlichen Angaben zu machen. In § 3 daselbst wird von den Aerzten beim Wohnungswechsel innerhalb des Landespolizeibezirks Berlin eine schriftliche Anzeige bei dem Kreisarzte der alten, wie der neuen Wohnung gefordert. Zuwiderhandlungen gegen diese Vorschriften sind nach § 5 strafbar.

Die Revision des Angeklagten, welche Verletzung des § 67 R. St. G. B. und des § 6 litt. f des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 rügt, mußte Erfolg haben, weil der für die Verurteilung allein in Betracht kommende § 3 der gedachten Polizeiverordnung rechtsungültig ist.

Wie in der Literatur allgemein anerkannt und vom Oberverwaltungsgericht und Kammergericht in einer Reihe von Urteilen ausgesprochen ist, dürfen Polizeivorschriften auf Grund der §§ 5, 6 litt. a. c. — i, §§ 11 und 12 des Gesetzes vom 11. März 1850 nur innerhalb der Grenzen des § 10 II. 17 A. L. R., also zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern drohenden Gefahr erlassen werden. Deshalb sind polizeiliche Vorschriften als solche unwirksam, die lediglich bezwecken, einer Behörde die ihr obliegende Kontrolle zu erleichtern.

Zu diesen Vorschriften gehört der § 3 der Polizeiverordnung vom 15. Dezember 1902. Er bezweckt nicht, eine dem Publikum etwa drohende Gefahr, also die nahe Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Schädigung abzuwenden, sondern lediglich, dem Kreisarzte die Listenführung zu erleichtern und die Meldepolizei in ihren Geschäften zu entlasten. Zur Erleichterung der kreisärztlichen Kontrolle kann aber eine Polizeiverordnung ebensowenig erlassen werden, wie zur Erleichterung sonstiger polizeilicher Kontrolle. Auch das Gesetz vom 16. September 1899, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes (Gesetzsamml. S. 172) enthält keine entsprechende Ermächtigung zum Erlasse

---

[1]) Siehe auch Min.-Erl. unter Medizinalgesetzgebung, S. 165.

von Polizeiverordnungen, ebensowenig die Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909. Letztere konnte das auch garnicht, da eine bloße Verwaltungsvorschrift niemals zum Erlasse von Rechtsvorschriften ermächtigen kann. Ob diese Erwägungen auch auf § 1 der Polizeiverordnung vom 15. Dezember 1902 zutreffen, kann dahingestellt bleiben, da es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Uebertretung dieser Vorschrift handelt.

Mangels einer rechtsgültigen Strafbestimmung war daher der Angeklagte freizusprechen. Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 499 Abs. 1 Str.P.O.

Grenzen der Verpflichtung des Ehemannes zur Bezahlung einer Arztrechnung für die ärztliche Behandlung seiner Ehefrau. Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg (Z.-S.) vom 28. Juni 1912.

Auf § 679 B.G.B. kann sich der Arzt nicht berufen, denn mit der Feststellung der Nichtigkeit der Ehe wird gleichzeitig festgestellt, daß eine gesetzliche Unterhaltungspflicht des Ehemannes nicht bestand. Auch § 1344 B.G.B. steht dem Arzte nicht zur Seite, weil die auftraglose Geschäftsführung kein Rechtsgeschäft ist und ein Urteil nicht in Frage kommt. Dagegen ist zuzugeben, daß die Heranziehung eines Arztes ein Geschäft sein kann, das innerhalb des häuslichen Wirkungskreises der Frau liegt. Dann schließt die Ehefrau in Vertretung ihres Mannes kraft ihrer Schlüsselgewalt mit dem Arzt einen Dienstvertrag ab, und bei einem solchen kann sich der Arzt auf § 1844 B.G.B. berufen. Diesen Dienstvertrag kann allerdings der Ehemann jederzeit kündigen. In der Regel wird in einer solchen Kündigung gleichzeitig eine Beschränkung der Schlüsselgewalt in der Richtung liegen, daß die Frau den Arzt nicht weiter für Rechnung heranziehen soll. *Daher ist der Ehemann auch nur verpflichtet, die Kosten des Arztes soweit zu bezahlen, als sie bis zum Tage der Kündigung erwachsen sind.*

Ungültigkeit einer die Ausübung des Baugewerbes zeitlich beschränkenden Polizeiverordnung. Entscheidung des Königlichen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 5. Mai 1913.

.... Einer zeitlichen Beschränkung der *Ausübung* des Baugewerbes steht das Reichsrecht an sich nicht entgegen. Dagegen ist dem angefochtenen Urteil darin beizutreten, daß der § 53[1]) im preußischen Landesrecht keine Stütze findet. Vorschriften auf Grund des § 6 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 können — abgesehen von § 6b — nur in den Grenzen des § 10 II 17 ALR., also zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden *Gefahr* erlassen werden. Unter Gefahr in diesem Sinne ist nicht eine bloße Belästigung, sondern die naheliegende Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit einer Schädigung an Leben, Gesundheit oder Vermögen zu verstehen. Allerdings kann innerhalb dieser Grenzen der Begriff der Gefahr für bestimmte Orte weiter gefaßt werden, als für andere. So hat das Kammergericht eine für Wiesbaden erlassene Ortspolizeivorschrift für gültig erklärt, wonach das Ausklopfen von Teppichen und ähnlichen Gegenständen in Höfen und Gärten innerhalb der Stadt nur an Werktagen von 8—12 Uhr gestattet ist. Diese Entscheidung war damit begründet, daß der durch solches Ausklopfen verursachte Lärm und Staub geeignet ist, Nerven und Atmungsorgane der Kurgäste zu schädigen und damit auch das Interesse des Kurortes selbst zu benachteiligen (§ 6f in Verbindung mit § 6i).

Der vorliegende Fall liegt anders. Zunächst ist die durch das Bauen verursachte Belästigung auf bestimmte, leicht kenntliche und von den Kurgästen deshalb im allgemeinen leicht zu vermeidende Stellen beschränkt, was bei der durch Teppichklopfen verursachten Lärm- und Staubentwicklung nicht der Fall ist. Dann aber handelt es sich bei Wiesbaden um einen Kurort, der in hohem Maße gerade von *Kranken* aufgesucht wird, während die Gäste der *Seebäder* sich in erster Reihe aus gesunden und lediglich der Erholung und Kräftigung bedürfenden Personen zusammensetzen.

---

[1]) Der § 53 der betreffenden Polizeiverordnung lautet: „In der Zeit vom 15. Juni bis 15. September dürfen im Gemeindebezirk weder Bauten ausgeführt, noch Baustoffe angefahren werden. Ausnahmen sind zulässig."

Unter Berücksichtigung dieses Umstandes muß verneint werden, daß das Bauen während der für den Badeverkehr in Betracht kommenden Monate, welche gleichzeitig die Haupt-Bauzeit bilden, allgemein geeignet ist, die Gesundheit der Badegäste zu gefährden und dadurch die Interessen der Gemeinde S. zu schädigen. Auf § 6 b des Polizeiverwaltungsgesetzes aber kann die Vorschrift schon deshalb nicht gestützt werden, weil sie nicht auf das Bauen an öffentlichen Wegen (vgl. KGJ. 21 C 90) und die auf solchen Wegen erfolgende Anfuhr von Baustoffen beschränkt ist. Ob Einzelverbote, z. B. die Untersagung der (mit besonders großer Staubentwicklung verbundenen) Abbruchsarbeiten oder des Bauens an einzelnen für die Kurgäste besonders bestimmten oder von diesen besonders aufgesuchten Wegen, die Beschränkung der Anfuhr von Baustoffen auf bestimmte Straßen, gültig sein würden, ist hier nicht zu prüfen. Das allgemeine Verbot des Bauens und der Anfuhr der Baustoffe für die Zeit vom 15. Juni bis 15. September ist ungültig.

Beschränkungen der Versammlungsfreiheit aus medizinalpolizeilichen (insbesondere veterinärpolizeilichen) Gründen sind nur insoweit zulässig, als solche Beschränkungen in den einschlägigen Sondergesetzen (z. B. Gesetz betr. Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, Rinderpestgesetz) ihre Stütze finden. Im Interesse der Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche können sohin Beschränkungen der Vereins- und Versammlungsfreiheit, insbesondere durch Versagung der Genehmigung zu öffentlichen Versammlungen unter freiem Himmel, im allgemeinen, auch aus dem Gesichtspunkte der Gefährdung der öffentlichen Sicherheit, nicht verfügt werden. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 1. Oktober 1912.

... Als veterinärpolizeiliche Verfügung kann sie indessen nur auf Vorschriften der Seuchengesetzgebung gestützt werden. Diese ausschließlich sieht die Schutzmaßregeln vor, welche gegen die Seuchengefahren inihren einzelnen Arten ergriffen werden dürfen. Mit der Aufführung der einzelnen Maßregeln sind aber auch zugleich diejenigen Schranken gezogen, welche den Polizeibehörden bei der Wahrnehmung des Schutzes des Eigentums und der Verkehrsinteressen auferlegt sind und über die hinauszugehen sie nicht befugt erscheinen. Der Inbegriff dieser Maßregeln stellt dasjenige dar, was der Gesetzgeber zum Schutze der Allgemeinheit für notwendig, aber auch für ausreichend erachtet. Die öffentliche Sicherheit wird daher durch das Gesetz bezw. die auf Grund des Gesetzes zulässigen Maßnahmen gewahrt, und es erscheint demgegenüber nicht angängig, zur Verhütung einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit weitere als diese Maßnahmen aus allgemeinen Erwägungen anzuordnen. Wird daher die Gefahr, deren Bekämpfung das Sondergesetz regelt, vom Gesetzgeber nicht als eine solche betrachtet, daß zu ihrer Behebung ein Eingriff in das Versammlungsrecht für erforderlich angesehen wurde, so muß ein solcher unterbleiben. In diesem Sinne sind auch die Kommissionsverhandlungen bei der Beratung des Reichsvereinsgesetzes aufzufassen. Als nämlich zu § 1 des Entwurfes die Frage der Ausschließlichkeit des Reichsvereins- und Versammlungsrechts erörtert wurde, erklärte der Staatssekretär, daß die Notwendigkeit einer Unterbrechung des Verkehrs, die sich z. B. aus Vorschriften zur Bekämpfung ... von Viehseuchen notwendig mache, unmöglich vor Versammlungen Halt machen könne. Darauf wurde erwidert, daß reichsgesetzliche Beschränkungen des Versammlungsrechts, z. B. auf Grund der Seuchengesetze, neben dem Vereinsgesetz in Kraft bleiben müßten, sei selbstverständlich; kein vernünftiger Mensch werde etwas einwenden, wenn die Polizei auf Grund von Seuchengefahr für Menschen und Tiere einschreite, dabei handle es sich aber um Reichsgesetze.

Sind diese Ausführungen, welche zeigen, wie man die Seuchengesetze über die im Interesse der Seuchenbekämpfung notwendigen Beschränkungen der Versammlungsfreit für allein bestimmend ansah, auch bloß bei Besprechung des § 1 Reichsvereinsgesetzes gemacht worden, also in erster Linie auf vorbeugende Verbote von Versammlungen zu beziehen, so gelten sie doch nicht minder für den § 7, wo es sich um die Versagung der Genehmigung zu gewissen Arten von Versammlungen handelt. Unter den Gefahren für die öffentliche Sicherheit, welche nach § 7 die Polizeibehörde bei Versammlungen unter freiem Himmel und öffentlichen Aufzügen zur Versagung der Genehmigung berechtigen, können

hiernach nicht diejenigen Gefahren verstanden werden, welche die Maul- und Klauenseuche für Viehbestände, deren Eigentümer und andere in oder bei dem Seuchenorte wohnenden Personen mit sich bringt; denn zur Beseitigung dieser Gefahren hat die Sondergesetzgebung für Seuchen die statthaften Beschränkungen der Versammlungsfreiheit bei Ausbruch der Maul- und Klauenseuche an einem Orte nicht.

Befugnis eines approb. Apothekers, sich auch dann als Apotheker zu bezeichnen, wenn er sich nicht im Besitz einer Apotheke befindet; diese Befugnis darf jedoch nur unter Verhütung von Täuschungen des Publikums (insbesondere beim Betriebe von Drogenhandlungen durch lediglich approbierte — nicht auch konzessionierte — Apotheker) ausgeübt werden. Urteil des Sächs. Oberverwaltungsgerichts vom 1. November 1912 und Verfügung des kgl. sächs. Ministers des Innern vom 7. November 1912.

Nur der Handel mit Drogen zu Heilzwecken unterliegt der Untersagung nach § 35 Abs. 4 R. Gew. Ordn.; in dieser Beziehung aber genügt der Nachweis eines die Gesundheit etc. von Menschen (auch der eigenen Angehörigen) gefährdenden Verhaltens, dagegen ist nicht erforderlich der Nachweis tatsächlich eingetretener Gesundheitsschädigungen oder das Vorliegen diesbezüglicher gerichtlicher Bestrafungen. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes (II. Sen.) vom 18. Dezember 1912.

§ 35 Abs. 4 Gew.-Ordn. ist durch die Gewerbeordnungsänderung vom 6. August 1896 geschaffen worden; sie war laut ihrer Begründung „dringend" veranlaßt, um den „schweren Uebelständen" im Drogenhandel „mit erheblicher Verschärfung" dahin begegnen zu können, daß der Handel mit zu Heilzwecken dienenden Drogen und chemischen Präparaten untersagt werden kann. Als solche Uebelstände bezeichnet die Begründung unter anderem den Mangel an sachverständiger Schulung des Drogenhandelspersonals, unzulängliche, „oft in wildem Durcheinander" erfolgende Aufbewahrung der Mittel und Geräte und dergl. (Verh. d. Reichst. 1895/97, 1. Anl. Bd., S. 428/29).

Die im Entwurf vorgesehene Möglichkeit der Betriebsuntersagung wurde in der Weise Gesetz, daß nach dem in dritter Beratung gestellten Antrag Dr. Hitze usw. die Untersagung zu erfolgen hat, wenn die Handhabung des Betriebs Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet (Verh. d. Reichst. 1895/97, 3. Anl. Bd., S. 1843). Hinsichtlich dieser Voraussetzung ist bei der Beratung hierüber durch Ablehnung des Antrags Dr. Hasse ausdrücklich anerkannt worden, daß die Untersagung nicht etwa erst nach bereits erfolgter Gesundheits- usw. Schädigung oder nach Bestrafung der Drogenhandelspersonen, sondern schon wegen Gefährdung der Gesundheit und des Lebens von Menschen zu erfolgen hat (Sten. Ber. d. Reichst. 1895/97, 4. Bd. S. 2520 [Erkl. d. Bundesratskommissärs S. 2523—2526]). Anderseits muß nach den nebenbezeichneten Verhandlungen (S. 2519—2526) im Zusammenhalt mit der zweiten Beratung (Sten. Bericht Bd. 2, S. 1294 l.) der Nachweis einer derartigen Gefährdung sich auf Tatsachen stützen.

Bei Würdigung der Frage, ob aus vorliegenden Tatsachen auf die Gefährdung zu schließen ist, sind sowohl nach dem Gesetzeswortlaut: „Handhabung des Betriebs". wie nach der Gesetzesbegründung und nach der Natur der Sache im einzelnen Fall auch persönliche, auf „Handhabung" des Betriebs sich beziehende Eigenschaften der betriebsausübenden Personen, wie geistiger und körperlicher Zustand, Ordnungssinn, Gewissenhaftigkeit u. dgl. mit in Betracht zu ziehen. (Vgl. hierzu Entsch. preuß. Ob. Verw. Ger. vom 7. Februar und 17. März 1900 [hier Erg. Bd. 2 S. 203 ff.]).

Von diesen Gesichtspunkten aus ist der Beschwerdeführerin in den Vorbescheiden nach den Gutachten des Amtsarztes und des Regierungs-Medizinalreferenten der Handel mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, mit Recht untersagt worden, da der Zustand der Waren wie die Art ihrer Aufbewahrung die Gesundheit und das Leben von Menschen gefährden.

Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Vorbescheidbegründungen verwiesen und sodann weiter bemerkt:

Der in einer nicht überschriebenen Schublade vom Amtsarzt gefundene Brustee war gänzlich verdorben. Die Beschwerdeführerin macht geltend, er sei nicht zum Verkauf, sondern „lediglich für ihre Kinder“ bestimmt gewesen. Damit ist die Tatsache der Gesundheitsgefährdung bei den eigenen Kindern zugegeben und zugleich erwiesen, daß der Beschwerdeführerin die für Verhütung von Gesundheitsschädigungen erforderliche Gewissenhaftigkeit mangelt. Letzteres ergibt sich auch aus der Tatsache, daß die Beschwerdeführerin in ihrem Geschäft Vorrichtungen für Empfängnisvermeidung geführt hat, deren Anwendung nach amtsärztlicher Darstellung als geeignet erachtet werden muß, die Gesundheit und das Leben der sie anwendenden Frauenspersonen zu gefährden. Wenn die Beschwerdeführerin die Gefährlichkeit jener Vorrichtungen nicht kannte, so fehlt ihr die Fähigkeit zu unterscheiden, was die Gesundheit und das Leben von Menschen gefährdet.

A. Reger: Entscheidungen, 1913; XXXIII. Bd, H. 2.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Dienstliche Versammlung der Kreis-Medizinalbeamten. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Juni 1913 — M. 1712 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euere Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, gefälligst auch im laufenden Etatsjahre eine dienstliche Versammlung der Kreis-Medizinalbeamten des dortigen Regierungsbezirks (§ 44 Absatz 3 der Dienstanweisung für die Kreisärzte) abhalten zu lassen.

Neben wichtigen aus den Verhältnissen des dortigen Bezirks sich ergebenden Fragen, die eine Erörterung in dieser Versammlung erwünscht erscheinen lassen, wollen Sie die „Zentralisation der gesundheitlichen Fürsorge in den Kreisen“ zur Beratung stellen. Dabei würde zu erörtern sein, in welcher Weise unter anderen namentlich für das Desinfektionswesen, die Krankenbeförderung, Gemeindeschwestern, die Schulzahnpflege, die Tuberkulosebekämpfung, die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit usw. innerhalb der einzelnen Kreise einheitlich zu sorgen sein möchte.

Die Versammlungen sind möglichst so einzurichten, daß die Hin- und Rückreise nur im vereinzelten, unvermeidlichen Ausnahmefällen für die Teilnehmer mehr als einen Tag, in keinem Falle mehr als zwei Tage in Anspruch nimmt. Im übrigen verweise ich auf die Bestimmungen des Erlasses vom 4. Juli 1901 — M. Nr. 2442 (Min.-Blatt f. d. Med. Ang. S. 177).

Den außerhalb des Versammlungsortes wohnenden Medizinalbeamten sind die gesetzlichen Reisekosten zu zahlen, die in der Rechnung der dortigen Regierungshauptkasse von der Medizinalverwaltung für 1913 bei Kapitel 97a Titel 8 als Mehrausgabe nachzuweisen sind.

Teilnahme der Vorsteher und Leiter der Medizinaluntersuchungsanstalten an den dienstlichen Versammlungen der Kreisärzte. Runderlaß des Ministers des Innern vom 25. Juni 1913 — M 1821411 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Medizinaluntersuchungsämter werden um so wirksamer zur Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse, namentlich auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung, beitragen können, je mehr sie für ihre Tätigkeit Fühlung mit den Medizinalbeamten der ihnen zugewiesenen Bezirke gewinnen. Eine geeignete Gelegenheit, die Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter und die Kreismedizinalbeamten in nähere Berührung mit einander zu bringen und ihnen eine mündliche Aussprache zu ermöglichen, bieten die dienstlichen Versammlungen der Kreisärzte.

Ich ersuche ergebenst, gefälligst dafür Sorge zu tragen, daß die Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter und Leiter der Medizinaluntersuchungsanstalten künftig, soweit es bisher noch nicht geschehen ist, an allen derartigen Versammlungen in den zum Geschäftsbereiche der Aemter usw. gehörigen Bezirken teilnehmen.

Fortbildungskurse für Aerzte auf dem Gebiete der sozialen Medizin, besonders der Arbeiterversicherung. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. Juni 1913 — M. 987 — an die Herren Oberpräsidenten (außer Potsdam und Coblenz).

Die Anforderungen, die das Gebiet der soizalen Medizin, besonders die Arbeiterversicherung an das ärztliche Wissen und Können stellt, werden sich nach Durchführung der Reichsversicherung wesentlich erhöhen. Es erscheint daher notwendig, den Aerzten überall die Möglichkeit zu verschaffen, sich die entsprechenden Sonderkenntnisse zu erwerben und sich in ihrer Berufstätigkeit leistungsfähig zu erhalten. Hierzu ist eine weitere Ausgestaltung und wirksamere Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens unerläßlich.

In erster Linie empfiehlt es sich, überall da, wo eine Provinzialvereinigung für die ärztliche Fortbildung noch nicht vorhanden ist, die Bildung einer derartigen Organisation mit der Aufgabe in die Wege zu leiten, geeignete Fortbildungskurse in der Provinz zu veranstalten und örtliche Vereinigungen für das ärztliche Fortbildungswesen ins Leben zu rufen.

Die Kursteilnehmer würden später dafür in Aussicht zu nehmen sein, in den bereits vorhandenen oder noch zu bildenden örtlichen Vereinigungen Vorträge und Uebungen zu veranstalten, an denen ihre nahen Kollegen ohne Unterbrechung der Praxis in den Abendstunden teilnehmen könnten.

Zur Deckung der entstehenden Unkosten bin ich bereit, nach Maßgabe der verfügbaren Mittel alljährlich eine Beihilfe zu überweisen. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß sich auch die dortige Aerztekammer bereitfinden läßt, zu den Kosten der ärztlichen Fortbildung in der Provinz angemessen beizutragen.

Diese Richtlinien vorausgeschickt, lege ich Wert darauf, daß Ew. Exzellenz (Durchlaucht) der Bildung einer Provinzialvereinigung baldigst nähertreten und sich deshalb mit dem Vorstand der Aerztekammer ins Benehmen setzen. Es wird sich empfehlen, hierfür nicht nur geeignete Aerzte, sondern auch solche Personen zu gewinnen, denen auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung und des sozialen Versicherungswesens eine reiche Erfahrung zur Seite steht.

Um ein Beispiel für derartige Fortbildungskurse zu schaffen, habe ich in Aussicht genommen, im Herbste d. J. in Berlin einen etwa 12 tägigen Kursus in der sozialen Medizin für Aerzte abhalten zu lassen und dazu solche Aerzte einzuberufen, die zur maßgebenden Mitarbeit in den Provinzialvereinigungen bestimmt und gewonnen sind. Ihnen soll dadurch Gelegenheit gegeben werden, sich für ihre spätere Tätigkeit vorzubereiten. Als Anhalt für den beabsichtigten Kursus kann der im Monat März d. J. für Kreisärzte veranstaltete Fortbildungskursus in der sozialen Medizin dienen. Er umfaßte Vorträge und Demonstrationen aus den verschiedenen Zweigen der Arbeiterversicherung, der Gewerbehygiene, der gesundheitlichen Fürsorge für Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche, der öffentlichen Krankenfürsorge und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sowie die Besichtigung von sozialmedizinischen Anstalten und gewerblichen Betrieben.[1])

Die Teilnehmer sollen eine Entschädigung erhalten, die ungefähr den Kosten ihrer Hin- und Rückreise und 15 Mark Tagegeldern gleichkommt.

Ew. Exzellenz (Durchlaucht) ersuche ich ergebenst, hiernach das Erforderliche in die Wege zu leiten und mir bis zum 15. August d. J. zwei Aerzte der dortigen Provinz nach den oben angeführten Gesichtspunkten für die Teilnahme an dem geplanten Fortbildungskursus für soziale Medizin gefälligst namhaft zu machen.

Meldepflicht der Aerzte. Erlaß des Ministers des Innern vom 27. Juni 1913 — M. 1303 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Um den Kreisärzten die Erfüllung der ihnen nach § 45 der Dienstanweisung vom 1. September 1909 obliegenden Pflicht zur Führung von Verzeichnissen über das gesamte Medizinalpersonal zu ermöglichen, sind zurzeit in sämtlichen Regierungsbezirken Polizeiverordnungen erlassen, die eine Pflicht zur An- und Abmeldung der Medizinalpersonen bei dem Kreisarzte begründen.

In dem beiliegenden Erkenntnis vom 17. Febr. d. Js.[2]) hat das Kammer-

[1]) Siehe den von Kreisarzt Dr. Katluhn darüber erstatteten Bericht, Nr. 13 der Zeitschrift (Hauptblatt), S. 496.

[2]) Siehe vorher das betreffende Urteil unter Rechtsprechung, S. 161.

gericht den § 3 der Polizeiverordnung über das Meldewesen der Aerzte usw. im Landespolizeibezirk Berlin für rechtsungültig erklärt. Nach der Begründung ist mit Sicherheit anzunehmen, daß es die gleiche Stellung auch zu dem grundlegenden § 1 der Polizeiverordnung einnehmen wird. Ein Versuch, eine Aenderung der Rechtsprechung des Kammergerichts herbeizuführen, verspricht keinen Erfolg.

Die in § 45 angeordnete Listenführung ist unentbehrlich, weil sie allein dem Kreisarzte die Möglichkeit gibt, sich eine Uebersicht über die in seinem Bezirke befindlichen Medizinalpersonen zu verschaffen, der er im gesundheitspolizeilichen Interesse unbedingt bedarf. Es wird daher zu prüfen sein, ob die Beschaffung der erforderlichen Unterlagen auch ohne polizeilichen Meldezwang möglich sein wird.

Es käme einerseits eine Einwirkung der Aerztekammern auf die Aerzte in Frage, zu der die Kammern voraussichtlich um so eher bereit sein werden, als die Listen der Kreisärzte ihnen die Heranziehung der Aerzte zu den Beiträgen gemäß § 49 des Gesetzes vom 25. November 1899 ermöglicht. Es ist jedoch anzunehmen, daß gerade die unzuverlässigen Elemente in der Aerzteschaft einer solchen Aufforderung der Aerztekammer nicht Folge leisten werden. Auch erscheint die Ueberwachung der übrigen Medizinalpersonen noch wichtiger als die der Aerzte. Hiernach würde nur die Möglichkeit bleiben, daß die Polizeibehörden bei den ihnen auf Grund des Gesetzes vom 31. Dezember 1842 zu erstattenden Meldungen die in § 45 Abs. 1 der Dienstanweisung aufgeführten Ausweise zur Legitimation einfordern und sie den Kreisärzten einreichen und diesen von den Meldungen Mitteilung machen.

Euere Hochwohlgeboren — Hochgeboren — ersuche ich, die Frage zu prüfen, ob dies Verfahren durchführbar und zum Ersatz der bisherigen Meldepflicht ausreichend sein wird oder welche anderweiten Vorschläge zur Durchführung des § 45 des Dienstanweisung für die Kreisärzte gemacht werden können. Ihrem Berichte sehe ich innerhalb 6 Wochen entgegen.

Stempelpflichtigkeit der zur Erlangung der Approbation als Apotheker vorzulegenden Zeugnisse. Runderlaß des Ministers des Innern vom 11. Juni 1913 — 22334 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In den Erlassen vom 21. Mai 1907 — M. d. g. A. M. 17055, F. M. III 8466 — und 22. März 1910 — M. 17205 — ist darauf hingewiesen, daß die Kreisärzte bei der Beglaubigung der Zeugnisse über die Tätigkeit der Apothekergehilfen (Kandidaten der Pharmazie) nach der Ablegung der pharmazeutischen Prüfung, die nach § 35 Abs. 3 der Prüfungsordnung für Apotheker vom 18. Mai 1904 zur Erlangung der Approbation vorzulegen sind, einen Stempel von 3 M. (früher 1,50 M.) zu verwenden haben. Trotzdem ist dies in letzter Zeit wieder häufig unterlassen worden. In einigen Fällen sollen Kreisärzte die Verwendung des Stempels sogar als nicht erforderlich abgelehnt haben. Da die Erledigung der Approbationsgesuche hierdurch erschwert und verzögert wird, ersuche ich ergebenst, die Kreisärzte erneut auf die Verwendung des Stempels aufmerksam zu machen.

Ebenso sind die Polizeibehörden anzuweisen, zu den Führungszeugnissen, welche Kandidaten der Pharmazie zur Erlangung der Approbation als Apotheker ausgestellt werden, gemäß Nr. 77d, 22b des Stempeltarifs gleichfalls 3 Mark Stempel zu verwenden.

Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen. Erlaß des Ministers der geistlichen usw. Angelegenheiten und des Ministers des Innern vom 17. Juni 1913 — Min. d. g. Ang. U III A Nr. 678, Min. d. Inn. M. Nr. 10934 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In der Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen vom 9. Juli 1907 (Zentralbl. f. d. Unterrichts-Verwaltung, S. 615 ff) ist über die Schließung und Wiedereröffnung von Schulen und Schulklassen (§§ 12—17 a. a. O., auch Runderlaß vom 25. Januar 1908, Zentralbl. S. 378) an mehreren Stellen vorgeschrieben, daß der Landrat oder Bürgermeister vor der Entscheidung den Kreisarzt zu hören habe. Um in solchen Fällen dem Gutachten des Kreisarztes die gebührende Berücksichtigung zu sichern, ordnen wir aus Anlaß eines Spezialfalles hiermit an, daß künftig

der Landrat bezw. Bürgermeister, soweit er nach den bestehenden Vorschriften **an das** Gutachten **nicht gebunden ist und von diesem abweichen will,** die Sache **unverzüglich der Schulaufsichtsbehörde zur Entscheidung vorzulegen hat.** Der **Herr Regierungspräsident wolle alsdann in geeigneten Fällen für die** Zuziehung **des Regierungs- und Medizinalrats Sorge tragen.**

B. Königreich Württemberg.

Aerztliche Gemeindevisitationen. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Mai 1913.

Nachstehend wird die vom K. Medizinalkollegium gemäß § 9 der Vollzugsverfügung zum Oberamtsarztgesetz (Reg.Bl. 1913, S. 82) erteilte Anleitung für die Vornahme der ärztlichen Gemeindevisitationen zur Nachachtung bekannt gegeben.

Anleitung für die Vornahme der ärztlichen Gemeindevisitationen.

§ 1. (1) Die ärztlichen Gemeindevisitationen **sind in sämtlichen Gemeinden** des Landes alle sechs Jahre in der Regel in Gegenwart des Oberamtsvorstandes oder seines Stellvertreters an der Hand dieser Anleitung vorzunehmen. In den kleineren Städten und in den Landgemeinden soll die ärztliche Visitation womöglich mit der oberamtlichen Gemeindevisitation verbunden werden. Ueber die Zeit der ärztlichen Visitationen hat sich der Oberamtsvorstand mit dem Oberamtsarzt rechtzeitig zu verständigen.

(2) Darüber, welche Gemeinden in den einzelnen Jahren zu visitieren sind, hat der Oberamtsarzt im Benehmen mit dem Oberamt einen je auf sechs Kalenderjahre sich erstreckenden Plan zu entwerfen. Der Zeitpunkt, an dem die Visitation stattgefunden hat, ist auf dem Plan zu vermerken. Der Plan ist in der Registratur des Oberamtsarztes aufzubewahren.

§ 2. Die Vertreter der zu besichtigenden Anstalten, Betriebe und Einrichtungen sind vom Oberamt durch Vermittlung der Gemeindebörde in der Regel einige Tage zuvor von der Visitation in Kenntnis zu setzen und zur Teilnahme an ihr einzuladen. Ebenso ist der im Ort ansässige Arzt, in Orten mit mehreren Aerzten der von der Gemeinde angestellte Arzt und der Armen-, Krankenhaus-, Spital- oder Schularzt einzuladen. Ueber die Zuziehung eines Bausachverständigen hat im Bedürfnisfalle das Oberamt zu entscheiden.

§ 3. (1) In denjenigen Gemeinden, in denen der Oberamtsarzt zugleich Schularzt ist, hat eine Besichtigung der Schulen anläßlich der ärztlichen Gemeindevisitation nur stattzufinden, wenn ein besonderer Anlaß hiezu vorliegt, während der Oberamtsarzt in allen Schulen und Anstalten, an denen er nicht selbst Schularzt ist, jeweils anläßlich der ärztlichen Gemeindevisitation diese Besichtigung vorzunehmen hat.

(2) Im Stadtdirektionsbezirk Stuttgart finden die ärztlichen Gemeindevisitationen in der Weise statt, daß jedes Jahr ein bestimmter, von der Stadtdirektion im Benehmen mit dem Stadtdirektionsarzt abzugrenzender örtlicher Bezirk visitiert wird. Jeder Bezirk soll in der Regel alle 6 Jahre an die Reihe kommen.

§ 4. Die gegenwärtige Anleitung soll nicht schablonenhaft angewendet, sondern nur als allgemeiner Leitfaden betrachtet werden, von dem je nach Lage des Falles abgewichen werden kann. In größeren Gemeinden ist es gestattet, sich auf die besonders wichtigen Gegenstände, und bei besonders zahlreich vertretenen gleichartigen Gegenständen auf Stichproben zu beschränken.

§ 5. Bei kleineren, unter 1000 Einwohnern zählenden, dem Wohnorte des Oberamtsarztes nahe gelegenen Gemeinden ist die Visitation in der Regel in einem halben Tage auszuführen.

§ 6. (1) Die wahrgenommenen Mängel hat der Oberamtsarzt mit dem Oberamtsvorstand und den anwesenden Beteiligten zu besprechen, wobei zugleich die zu treffenden Abhilfemaßregeln zu erörtern sind. Dabei ist davon auszugehen, daß das, was unzweifelhaft gesundheitsschädlich ist, beseitigt werden muß, daß aber im übrigen auf die Abstellung von Mißständen nach Maßgabe der wirtschaftlichen Kräfte der beteiligten Gemeinde und Privatpersonen hinzuwirken ist.

(2) Ueber das Ergebnis der Visitation ist ein Protokoll nach dem Muster in der Anlage aufzunehmen.

(3) Soweit die vorgefundenen Anstände nicht sofort erledigt werden können, hat der Oberamtsarzt binnen 14 Tagen entsprechende Anträge in dem

Protokoll zu stellen und letzeres dem Oberamt zu übergeben. Dieses hat, soweit es hiezu selbst zuständig ist, die erforderlichen Verfügungen zu treffen, im übrigen aber eine Abschrift der Anträge an die zuständigen Behörden zur Einleitung des weiteren zu übersenden. Von den wegen der Erledigung der vorgefundenen Anstände getroffenen Verfügungen und der Art der Erledigung der Anstände ist dem Oberamtsarzt durch Vermittlung des Oberamts Kenntnis zu geben. Der Oberamtsarzt hat die Erledigung der Anstände gelegentlich nachzuprüfen. Zu diesem Zweck hat er das Oberamt um Rückgabe der Protokolle zu ersuchen. Ueber den Befund der Nachprüfung ist in Spalte 4 entsprechender Eintrag zu machen. Erforderlichenfalls sind weitere Anträge wegen der Beseitigung der Anstände beim Oberamt zu stellen.

§ 7. Die durch die Gemeindevisitationen entstehenden Diäten und Reisekosten hat der Oberamtsarzt besonders zu verzeichnen. Ein Auszug aus diesem Verzeichnis ist vierteljährlich dem Medizinalkollegium zur Zahlungsanweisung auf die Staatskasse vorzulegen.

§ 8. Der ärztlichen Visitation sind zu unterwerfen:

I. Oeffentliche und private Wasserversorgung.

Hier kommt in Betracht:

1. Die Wasserversorgung durch Pump-, Schöpf- und Ziehbrunnen; die beiden letzgenannten Arten sind zu beanstanden. Bei Pumpbrunnen (Schacht- und Röhrenbrunnen) ist darauf zu achten, daß sie gegen Verunreinigungen von oben wie von der Seite geschützt sind, über den Boden erhabene Einfassung, wasserdichte seitliche Ausmauerung des Schachtes bis auf die Grundwasser führende Schicht besitzen Die Umgebung, insbesondere benachbarte Abtrittgruben und Dunglegen unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Grundwasserstromes und seines Rückstaues ist zu untersuchen.
2. Da die Wasserentnahme innerhalb bewohnter Bezirke meist hygienisch bedenklich ist, sind zentrale Wasserversorgungen anzustreben. Bei solchen Anlagen ist auf gute Fassung der Wasserentnahmestelle, Reinhaltung und einwandfreie Beschaffenheit der Umgebung (Düngung!), Ansschluß der Ueberschwemmungsgefahr, gute Leitung zu sehen.
3. Oberflächenwasser (Regen-, See-, Fluß-, Bachwasser) ist höchstens nach guter Sandfiltration zur Wasserversorgung geeignet. Zuleitung von Oberflächenwasser zu Quellfassungen oder Brunnenschächten ist unstatthaft.
4. Außer der örtlichen Untersuchung (Ziff. 1 und 2) ist das Wasser auf Farbe, Klarheit, Geruch und Geschmack zu prüfen und zu erheben, ob bei Regen oder Schneeschmelze diese Eigenschaften sich ändern und ob auch in Zeiten der Trockenheit genügend Wasser vorhanden ist. Ferner können die qualitativen chemischen Untersuchungsmethoden auf Chlor, Ammoniak, Salpeter- und salpetrige Säure, Schwefelsäure und Kalkgehalt Anwendung finden. Nötigenfalls ist eine genaue chemische und biologische Untersuchung zu veranlassen.

II. Oeffentliche und private Abwasserbeseitigung.

Verwahrung und Beseitigung der Auswurf- und Abfallstoffe.

Es ist darauf zu achten, daß der Untergrund genügend entwässert ist. so daß womöglich auch die Keller der Wohnhäuser jederzeit wasserfrei sind, Die Abwasserleitung sollte in einheitlicher Weise unter Anwendung von Kandeln, Halbkandeln und Kanälen, nicht aber von Gräben geregelt und wenigstens vor ihrem Einlauf in den Vorfluter mit einem hinreichend großen Schlammfang versehen sein, dessen Reinigung in bestimmten Zeitabschnitten zu geschehen hätte.

Die Abtrrittbehälter müssen wasserdicht hergestellt, vollständig und dauerhaft bedeckt, die Schläuche bis unter die Bedeckung geführt sein. Auf die Beseitigung von Streuabtritten ist hinzuwirken, auch ist darauf zu achten, daß menschliche Fäkalien nicht auf Düngerstätten oder in Jauchegruben gelangen. Die Verwahrung der letzteren muß den Vorschriften der Bauordnung entsprechen.

Wo Kehrichtmengen anfallen, welche nicht im eigenen Betrieb verwendet werden, ist auf rechtzeitige Abfuhr nach Orten zu achten, gegen welche gesundheitliche Bedenken nicht vorliegen. Etwaige Einrichtungen für Abfuhr und Ansammlung menschlicher Abfallstoffe sind zu untersuchen, ebenso etwa bestehende Abwasserreinigungsanlagen.

III. Bau- und Wohnungshygiene.

Hierbei ist auf Handhabung der baupolizeilichen Vorschriften, soweit sie gesundheitliche Fragen betreffen (Absonderung von Industrie- und Wohnviertel, Kleinwohnhäuser, gesundheitliche Verbesserung der alten Ortsteile usw.), sowie auf Handhabung der Wohnungsaufsicht (Kellerwohnungen, Schlafgängerwesen, Unterbringung von Dienstboten usw.) zu achten. Nach dem Vorhandensein eines Ortsbauplanes ist zu fragen und dieser einzusehen. Bei besonderen dem Oberamtsarzt zur Kenntnis kommenden Mißständen ist gegebenenfalls Augenschein zu nehmen.

IV. Ortsstraßen und deren Reinhaltung.

Die Straßen sollten aus möglichst wenig Staub und Schmutz gebenden, dabei nicht allzuharten Stoffen hergestellt sein und dem Regenwasser überall Ablauf gestatten. Bestehen Vorschriften über Straßenreinigung?

V. Reinhaltung der Luft. Rauchplage, lästige Geräusche.

Zur Verminderung der Rauchplage und üblen Gerüche ist auf gute Einrichtung und Bedienung der Feuerungseinrichtungen, nötigenfalls Erstellung von Rauchverzehrungsanlagen, Autoklaven usw. Bedacht zu nehmen.

VI. Nahrungsmittelverkehr.

Hier kommen namentlich in Betracht: Reinlichkeit, Betrieb und Beschaffenheit des Wassers in Mineralwasser- und Limonadefabriken, Gewinnung von Kunst- und Natureis; ferner öffentliche Gemeinde- und Privatschlächtereien, Fleischhackereien, Wurstereien, Molkereien, Käsereien, Milchsammelstellen und Milchhandlungen. Bei diesen Betrieben ist ein besonderes Augenmerk auf die Lage, Umgebung, allgemeine Beschaffenheit, innere Einrichtung, Belichtung, Lüftbarkeit und Reinlichkeit der Betriebsstätten, Beschaffenheit und Reinlichkeit der Betriebsgeräte, Vorhandensein gesundheitlich nicht zu beanstandenden Wassers, auf unschädliche Entfernung der Abwässer, des Zentrifugenschlammes usw., auf Lage und Beschaffenheit der Aborte usw. zu richten. Auch ist der Frage Beachtung zu schenken, ob für die Ernährung der Kinder die erforderliche Vollmilch zur Verfügung steht, ob polizeiliche Kontrolle der Milch und der geistigen Getränke (Bierdruckapparate) stattfindet. Gegebenen Falles ist die Besichtigung von Bäckereien, Schankwirtschaften und Flaschenbiergeschäften angezeigt, sowie die Markthygiene zu beachten.

VII. Drogen- und Gifthandel.

Es kommt in Betracht: Besichtigung der Drogerien einschließlich der Drogenschränke und der Gifthandlungen nach den bestehenden Vorschriften; Vertrieb von Geheimmitteln.

VIII. Fürsorge für geistig und körperlich Kranke.

Bei vorhandenem Kretinismus ist nach den Ursachen zu forschen. Sodann ist Nachfrage zu halten, ob nicht Epileptische, Geisteskranke, Schwachsinnige oder Taubstumme in der Gemeinde sich befinden, für welche öffentliche Fürsorge eintreten sollte; ob bei körperlich Kranken nicht eine Verwahrlosung stattfindet; ob keine Mißstände in bezug auf die ärztliche, wund- und hebärztliche Ausübung der Heilkunde vorliegen. Hebammenwesen (Erlaß vom 10. Februar 1904, Amtsblatt S. 69). Kranken- und Wochenbettspflegerinnen, Krankenpfleger usw.; Desinfektionseinrichtungen, Wohnungsdesinfektion; Desinfektoren; Krankenpflegekästen uud dergl.

IX. Oeffentliche und private Schulen mit Ausnahme der Hochschulen; Erziehungsanstalten.

Die Untersuchung der Schulen und Erziehungsanstalten ist womöglich in der Zeit, in welcher Unterricht erteilt wird, und im Beisein des betreffenden Schulvorstände und Lehrer vorzunehmen.

Bei dieser Untersuchung sind die Vorschriften des Ministeriums des Kirchen- und Schulwesens über die Gesundheispflege in den Schulen sowie die Dienstanweisung für den Schularzt als Leitfaden zu benützen.

X. Kirchen und andere der öffentlichen Religionsübung dienende Räumlichkeiten

geben zu den Fragen Anlaß: ob die Raumverhältnisse genügend sind, ob für eine regelmäßige Lufterneuerung gesorgt ist, ob auf Reinhaltung, namentlich der Bänke, Stühle, Fußböden (Spuckverbot) usw. gesehen wird, ob keine schädliche Feuchtigkeit an Wandungen, Böden und dergl. besteht, ob die Kirche heizbar ist, ob die Türen sich außen öffnen, ob die Sakristei in befriedigendem

Zustande sich befindet und heizbar ist; ob sich unter den Sitzen, namentlich der Kinder, Bretter, Strohmatten und dgl. vorfinden, ob der Fußboden dicht ist.

XI. Krankenanstalten.

Hier kommen in Betracht (zu vgl. den Erlaß des K. Ministeriums des Innern vom 26. Februar 1908, betr. die bei dem Bau und dem Betrieb von Krankenanstalten zu beachtenden Gesichtspunkte, Amtsbl. S. 86):

1. Die Lage der Umgebung; Größe des Grundstückes (Platz für Baracken bei Epidemien); Trockenheit des Untergrundes.
2. Größe (Bettenzahl), Bauart und Bauunterhaltung. Einrichtungen für Heizung, Lüftung, Beleuchtung und Reinigung der Gelasse und Geräte (Zimmerdesinfektion). Zahl und Größe der Krankenräume (Anschrieb an den Türen). Verhältnis des Kubikraumes, der Bodenfläche und der Fensterfläche zur Zahl der Krankenbetten; Fußböden, Sonderung der Geschlechter; Absonderungsräume für Geisteskranke und ansteckende Kranke (auch tuberkulöse); Bäder; Operationszimmer mit Nebenräumen; Tagräume, Erholungsräume, Speisezimmer; Gänge und Treppen (Spucknäpfe). Räume für Pflege- und Dienstpersonal. Kochküche und deren Nebenräume.
3. Waschküche und Zubehörden, Desinfektionsapparat, Leichenkammer und Sektionszimmer, Eiskeller.
4. Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung, Abort, Kehrichtbeseitigung, Nebenbetriebe.
5. Pflege der Kranken und hiefür bestimmte Einrichtungen; Beköstigung; Beschaffenheit der Betten.
6. Aerztliche Leitung; Heil- und Pflegepersonal; Aufnahmebedingungen insbesondere bei gemeingefährlichen und Geschlechtskrankheiten; Aufnahmelisten; Hausordnung.
7. Einrichtungen für Krankenbeförderung.

XII. Armen- und Waisenhäuser, Rettungs- und Besserungsanstalten, Versorgungshäuser und Armenbeschäftigungsanstalten, Herbergen, Volksküchen, Krippen, Milchküchen, Fürsorgestellen usw.

Hier kommen, unter Berücksichtigung des Zweckes, ähnliche Punkte in Betracht wie in Krankenanstalten, bezw. gegebenenfalls in Schulen.

XIII. Kost- und Pflegekinder.

Die Liste über die in der Gemeinde befindlichen Pflegestellen ist einzusehen. Die Pflegestellen oder wenigstens einzelne derselben sind zu besichtigen (Minist.-Verfügung vom 9. Dezember 1909, Reg.-Blatt S. 374, insbesondere §§ 7 und 18). Die Kost- und Pflegekinder sind gegebenenfalls durch die Kostgeber in einem geeigneten Raum bringen zu lassen, wo ihr Gesundheitszustand und ihre Verpflegung zu kontrollieren ist. Auch sind Erhebungen darüber anzustellen, ob Kostkinder seit der letzten Visitation gestorben sind, von wem letztere verpflegt waren und was die Todesursache war.

XIV. Heilbäder und Badeanstalten mit Einschluß der Flußbadeanstalten.

Bei Heilbädern und Badeanstalten, unter welchem Namen sich bisweilen Krankenanstalten unter Umgehung der Konzessionierung verbergen, kommen namentlich in Betracht die Reinhaltung der Gelasse und Geräte, die Reinheit des Wassers, ferner ob neben den Badewannen und Dampfkästen usw. eine leicht erreichbare Klingel vorhanden ist.

Bei Bädern in Flüssen, Seen usw. ist darauf zu sehen, daß geeignete Stellen ausgewählt werden, wobei namentlich auf den Flußgrund, auf die Tiefe des Wassers und auf die Reinheit desselben (Einleitung von Abwässern) zu achten ist; ferner, daß auf Scheidung der Geschlechter gedrungen wird und daß bei größeren Flußbädern ein schwimmkundiger, in Wiederbelebungsversuchen erfahrener Badmeister angestellt ist und Rettungsvorrichtungen vorhanden sind.

XV. Ortsgefängnisse.

In Betracht kommt, ob Reinlichkeit, genügende Belichtung und Luftreinheit vorhanden ist, ob die Schlafstätten, Teppiche, Leintücher, Waschbecken, Handtücher, Spucknäpfe usw. in genügender Anzahl und in reinem Zustand vorhanden sind; ob der Zustand der Abtritte oder Nachtstühle nicht zu beanstanden ist; ob die Arreste nicht feucht sind und ob sie geheizt werden können.

XVI. Fabriken und gewerbliche Anlagen.

Es sind nur solche Anlagen zu untersuchen, bei denen besondere An-

forderungen der Medizinalpolizei und Gesundheitslehre in Betracht kommen und zu deren Besichtigung der Oberamtsarzt nicht schon aus anderem Anlaß von dem Gewerbeinspektor zugezogen wird. Zu beachten sind: die gesundheitsschädlichen Einflüsse für die Insassen und Arbeiter; die Beschaffenheit der Arbeitsräume (Vorkehrungen gegen die Tuberkuloseübertragung oder Vergiftung); Speise-, Bade- und Umkleideraum, Waschgelegenheit, Trinkwasser; Zahl und Beschaffenheit der Abtritte; schädliche Einflüsse auf Boden und Luft; feste und flüssige Abgänge, Belästigung durch Dämpfe, Gase und Lärm; erste Hilfe bei Unglücksfällen, Verbandkästen und dergl., Arbeiterwohnungen.

XVII. Begräbnisplätze, Leichenhäuser, Feuerbestattungsanlagen und sonstige leichenpolizeiliche Einrichtungen.

Besonders zu beachten ist bei den Begräbnisplätzen: ob ein Lageplan vorhanden ist; ob eine gute Umfriedigung vorhanden oder wenigstens ein Hauptweg angelegt ist; ob eine zur Verwesung der Weichteile der Leichen hinreichende Umtriebszeit eingehalten werden kann; ob die Gräber oder doch die Gräberreihen nummeriert sind, ob ein Verzeichnis geführt wird, mit dessen Hilfe die einzelne Leiche leicht aufgefunden werden kann; ob die Gräber genügend tief angelegt werden und die Verwesung nicht durch die Bodenart oder durch Grundwasser behindert werde; ob kein gesundheitsschädlicher Einfluß auf benachbarte Wohnhäuser, Brunnen und Wasserleitungen vorliegt, ob die etwa vorhandene Leichenhalle bezw. Feuerbestattungsanlage zweckmäßig eingerichtet und gehalten ist, ob keine Mißstände in der Handhabung der leichenpolizeilichen Vorschriften vorliegen, ob der Leichenschauer den Anforderungen des Dienstes genügt, die Dienstvorschriften besitzt und kennt, auch das Leichenregister vorschriftsmäßig führt.

XVIII. Etwaige sonstige Zustände und Einrichtungen, welche einen Anlaß zur Gefährdung der öffentlichen Gesundheit geben können.

Außer sonstigen Anlässen zur Gefährdung der öffentlichen Gesundheit, welche in jedem Orte anderer Art sein können und der Erfahrung der Ortseinwohner, der Aerzte usw. entnommen werden müssen, ist namentlich auf die Kurpfuscherei und das Prostitutionswesen, sowie auf Epidemien und Endemien zu achten.

Die Geschäftsbücher der mit Ausübung der Heilkunde gewerbsmäßig sich befassenden, öffentlich nicht ermächtigten Personen, der Masseure und dergl., sowie der zur Buchführung verpflichteten Krankenpflegepersonen sind einzusehen (§ 26 der Vollzugsverfügung zum Oberamtsarztgesetz). Ueber die genommene Einsicht ist ein Vermerk in die Bücher zu machen.

Anlage.

Oberamt . . . .

Aerztliche Visitation

der

Gemeinde . . . .

am . . . . (Datum der Visitation).

Anwesend außer dem Oberamtsarzt:

1.	2.	3.	4.
Gegenstand der Untersuchung	Wahrgenommene Mängel; die wegen ihrer Beseitigung in Aussicht gestellten Abhilfemaßnahmen oder gestellten Anträge des Oberamtsarztes.	Verweisung auf die Nummer der oberamtlichen Verfügungen (vom Oberamt auszufüllen).	Bemerkung über die Erledigung der Anstände bei der Nachprüfung.

Redakteur: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 15. **5. August.** 1913.

Rechtsprechung.

Ankündigung von Amol als unlauterer Wettbewerb. Berechtigung jedes Arztes, sowie des beamteten Arztes, auch wenn er vollbesoldet ist und keine Privatpraxis treiben darf, zur Stellung eines Strafantrags. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 20. Februar 1913.[1])

Das Landgericht nimmt an, daß die Behauptung, das „Amol“ helfe sicher und sofort, eine unwahre Angabe über die Beschaffenheit der Ware enthalte. Denn wenn „Amol“ auch bei rheumatischen Leiden ein Gefühl der Schmerzlinderung verschaffe und in leichteren Fällen sogar der Heilung vortäuschen möge, so sei das Mittel doch in einer großen Anzahl von Fällen, namentlich bei älteren und eingewurzelten Leiden, völlig wirkungslos. Diese Ausführungen lassen keinen Rechtsirrtum erkennen. Auch im übrigen ist der Tatbestand eines Vergehens gegen § 4 des unlauteren Wettbewerbsgesetzes rechtsbedenkenfrei festgestellt worden. Das Landgericht sieht als erwiesen an, daß dem Angeklagten die verhältnismäßig unbedeutende und in jedem Fall ganz unsichere Heilkraft seines Mittels und damit die tatsächliche Unrichtigkeit seiner Anbabe bekannt gewesen sei, und folgert hieraus, daß er sie wider besseres Wissen gemacht habe. Gegenüber der Schutzbehauptung des Angeklagten, er habe mit dem Zusatze „unter voller Garantie“ auf die Möglichkeit eines Mißerfolges hingewiesen, legt der Vorderrichter diese Worte dahin aus, daß sie dem Bewußtsein und Willen des Angeklagten entsprechend, bedeuten, daß der Einsender der Bekanntmachung für den sicheren und sofortigen Erfolg einstehe. Die Art, wie jene Worte erklärt werden, verletzt keine Auslegungsgrundsätze, bleibt vielmehr auf tatsächlichem, der Nachprüfung durch das Revisionsgericht entzogenen Gebiete. Endlich nimmt die Strafkammer an, daß die unwahren Angaben in der Absicht gemacht worden seien, den Anschein eines besonders günstigen Angebots hervorzurufen, und daß sie geeignet seien, den Leser irre zu führen, weil in ihm die Erwartung sicherer Hilfe erweckt werde. Auch nach dieser Richtung hin ist kein Rechtsirrtum erkennbar; namentlich ist der „Anschein eines besonders günstigen Angebots“, auf dessen Erweckung nach der Auffassung der Strafkammer der Wille des Angeklagten unmittelbar gerichtet war, ersichtlich und rechtsbedenkenfrei in der Anpreisung der über seinen wahren Wert erheblich hinausgehenden Wirkungen des Mittels erblickt worden (vergl. die Entscheidungen des erkennenden Senats vom 11. Januar 1906, 3 D. 1020/10). — Das Landgericht sieht den nach Blatt 1 und 2 der Akten von „Dr. Sch., Stadtarzt“ und „Dr. H., Geh. San.-Rat, Vorsitzenden des Altonaer ärztlichen Vereins“, gestellten Strafantrag als einen wirksamen an, weil er von dem Vorsitzenden einer Vereinigung zur Wahrnehmung gewerblicher Interessen ausgehe. Diese Begründung ist, wie die Revisionsschrift mit Recht hervorhebt, unzureichend. Es handelt sich nicht um eine für die Provinz errichtete Aerztekammer im Sinne des § 1 der Preußischen Verordnung vom 25. Mai 1887, betr. die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung (R.-G.-St. 37, 267 ff. 44, 248), sondern um einen für die Stadt Altona gegründeten ärztlichen Verein. Es wäre daher zu prüfen gewesen, ob dieser Verein Rechtspersönlichkeit besaß (§§ 22, Abs. 1,

---

[1]) Das Urteil ist in Beilage zu Nr. 8 dieser Zeitschrift, 1913, S. 92, nur kurz erwähnt; seine Begründung rechtfertigt jedoch die Wiedergabe des Wortlauts.

13, Abs. 1, 18, Abs. 1, des unlauteren Wettbewerbsgesetzes, R.-G.-St. 45, 358), insinsbesondere ob der Zweck des Vereins auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet war, oder nicht (§§ 22, 21, B.G.B.), ob die letzteren Falles erforderliche Eintragung zum Vereinsregister vorliege, und ob nach der Vereinssatzung oder aus sonstigen Gründen wie zum Beispiel gemäß besonderer Vollmacht (R.G.St. 35, 269), der Strafantrag von dem Dr. H., als dem Vorsitzenden allein gestellt werden konnte. Alles dieses kann jedoch auf sich beruhen bleiben, da der Antrag nach der Fassung und Art der Unterzeichnung von dem Dr. H. nicht lediglich in seiner Eigenschaft als Vorsitzenden des Vereins, sondern gleichzeitig auch für seine eigene Person als praktischen Arztes, und überdies auch von dem Stadtarzt Dr. Sch. gestellt worden ist. Nach den angeführten Bestimmungen des unlauteren Wettbewerbsgesetzes steht das Recht zum Strafantrage jedem Gewerbetreibenden zu, der Waren oder Leistungen gleicher oder verwandter Art herstellt oder in den geschäftlichen Verkehr bringt. Daß auch jeder praktische Arzt als solcher befugt ist, wegen eines seinen Gewerbebetrieb berührenden unlauteren Wettbewerbes rechtswirksam die Bestrafung zu beantragen, ist vom Reichsgericht wiederholt anerkannt worden (R.G.St. 36, 108, 1166/05, R.G.St. 37, 173 ff.). In der letztgenannten Entscheidung findet sich weiter dargelegt, daß ein Arzt, wenn auch sein Gewerbebetrieb in der Gewährung von Leistungen besteht, doch auch das Recht hat, den Strafantrag wegen unrichtiger Angabe in bezug auf Waren zu stellen, weil die Anpreisung einer Ware als eines Heilmittels den Wert zu dessen Verwendung enthält und durch den Gebrauch des Heilmittels den Aerzten die Gelegenheit zur Ausübung der Heilkunde entzogen und hierdurch Wettbewerb bereitet wird. Was den Strafantrag des Stadtarztes Dr. Sch. anbetrifft, so ist dieser Arzt nach seinen Erklärungen allerdings gemäß § 3, Abs. 5 des Preußischen Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes vom 16. September 1899 für den Stadtkreis Altona mit der Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarzes beauftragt worden, und es ist ihm die Ausübung der ärztlichen Privatprazis „mit Ausnahme von Konsultationen mit anderen Aerzten", § 3, Abs. 4, untersagt. Der erkennende Senat hat jedoch bereits ausgesprochen (R.G.St. 36, 108), daß eine derartige Beschränkung der ärztlichen Berufstätigkeit des Kreisarztes ihm die Befugnis zur Stellung des Strafantrages nicht nimmt.

Unlauterer Wettbewerb durch marktschreierische Reklame von Arzneimitteln (Grundmanns Husten- und Lungentee, Grundmanns weltberühmte Augensalbe, Vulneral, Diabetikertee, Schlankoform). Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 8. Juli 1913.

Der Apotheker Grundmann in Berlin, der seit mehreren Jahren Geschäftsführer eines seiner Ehefrau gehörigen Engrosgeschäftes für pharmazeutische Spezialitäten ist, entfaltete für sein Unternehmen eine höchst umfangreiche Reklame. Er verschickte Probesendungen von Heilmitteln, welchen er marktschreierische Prospekte mitgab. Es handelte sich um fünf Heilmittel; das erste, „Husten- und Lungentee", wurde von ihm als „Sieg" über den Würger der Menschheit, als bestes Präparat bezeichnet, das zweite war ein antirheumatischer Blutreinigungstee „Vulneral", das dritte „Grundmanns weltberühmte Augensalbe", die angeblich fast jedes Augenleiden entfernen oder rechtzeitig angewandt beginnenden grauen Star beseitigen sollte, das „vierte ein zur Heilung der Zuckerkrankheit bestimmter „Diabetikertee" und eine Diabetikeressenz, das fünfte und letzte ein Entfettungstee Marke „Schlankoform". Bis zum Jahre 1912 wurden diese Präparate in Prospekten, die einem unbestimmten Personenkreis zugingen, angepriesen. Bei ihren chemischen Untersuchungen ergab sich, daß nur die letztgenannten vier Heilmittel Zubereitungen im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 waren, deren Vertrieb, mit Ausnahme des Großhandels, nach § 367 Abs. 3 St.G.B. nur mit polizeilicher Erlaubnis, regelmäßig also nur durch Apotheken erfolgen darf. Schon dieser Umstand machte Grundmann strafbar. Ferner begründete die Art seiner Reklame den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs nach § 4 des Reichsgesetzes vom 7. Juni 1909. Entgegen den Versprechungen der Prospekte besaßen sämtliche Mittel eine minimale oder überhaupt keine Heil-

wirkung. „Hustentee“, „Vulneral“ und „Diabetikertee“ waren nach veralteten Rezepten aus Kräutern angefertigt, denen bisweilen von Laien eine Heilkraft zugeschrieben wird. Der Entfettungstee bestand lediglich aus Abführmitteln und die Augensalbe war ein unwirksames Quecksilberpräparat. Als wissenschaftlich gebildeter Apotheker mußte Gr. einsehen, daß seine Angaben maßlose Uebertreibungen und direkte Unwahrheiten enthielten. Ein Heilerfolg der Mittel war wissenschaftlich in keiner Weise nachgewiesen. Laienhafte Dankzuschriften kamen hierfür nicht in Betracht, da die wirklich eingetretenen Heilungen von Laien nicht auf ihre wirkliche Ursache zurückgeführt werden können und meist mit Unrecht mit dem Gebrauch eines Heilmittels obiger Art in Verbindung gebracht werden. Ferner hatte Gr. auch, ohne dazu irgendwie berechtigt zu sein, eines der Heilmittel als gesetzlich geschützt bezeichnet. Er hatte also dem Publikum gegenüber wissentlich unwahre, zur Irreführung geeignete Angaben über die Beschaffenheit der von ihm vertriebenen Waren gemacht, die den Anschein eines besonders günstigen Angebots hervorrufen konnten. Gr. ist daher vom Landgericht Berlin I am 23. Januar 1913 wegen unlauteren Wettbewerbs zu tausend Mark und wegen Uebertretung des § 367, Abs. 3 St.G.B. samt der hieran geknüpften Kaiserlichen Verordnung zu 50 Mark Geldstrafe verurteilt worden. Seine hiergegen eingelegte Revision, in der er die Feststellung der Wissentlichkeit und der objektiven Wahrheitswidrigkeit bekämpfte, hat das Reichsgericht als unbegründet verworfen.

Unter öffentliche Ankündigung von Heilmitteln ist auch eine solche zu verstehen, in der briefliche Raterteilung gegen bestimmte Krankheiten angeboten wird, und dann ein mechanisch vervielfältigter Brief abgesandt wird, in dem die betreffenden Heilmittel in prahlerischer Weise angepriesen werden. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 26. Mai 1913.

Schillings Kräuterwein ist als nicht freigegebenes „Heilmittel“ im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1911 (Verzeichnis A) anzusehen und seine Ankündigung demnach in den Bezirken, wo eine solche durch Polizeiverordnung verboten ist, unzulässig. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Juni 1913.

Die Gefäße und Umhüllungen abgefaßter Arzneimittel brauchen in Drogenhandlungen nur mit dem deutschen Namen des Arzneimittels bezeichnet zu sein. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 12. Juni 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Aenderung der Ausführungsbestimmungen zum Gesetze über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten betr. Lepra. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 10. Juli 1913.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 12. Juni 1913 beschlossen, der Ziffer IV der Bestimmungen zur Ausführung des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Bekanntmachung vom 21. Februar 1904, Reichs-Gesetzbl. S. 67) folgende Fassung zu geben:

IV. Bekämpfung des Aussatzes (Lepra).

1. Zu § 12. Als ansteckungsverdächtig sind solche Personen zu betrachten, bei welchen Krankheitserscheinungen zwar nicht vorliegen, jedoch die Besorgnis gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff des Aussatzes aufgenommen haben, weil sie mit Aussätzigen in Wohnungsgemeinschaft leben oder gelebt haben.

Ansteckungsverdächtige Personen sind einer Beobachtung zu unterwerfen welche nicht länger als fünf Jahre, gerechnet vom Tage der letzten Ansteckungsgelegenheit, dauern soll. Die Beobachtung hat darin zu bestehen, daß der beamtete Arzt von Zeit zu Zeit (in der Regel alle sechs (Monate) in schonender Form, nötigenfalls durch Untersuchung den Gesundheitszustand der betreffenden Personen feststellt.

2. Zu § 14. Am Aussatz erkrankte Personen sind ohne Verzug nach Maßgabe der folgenden Vorschriften abzusondern.

Die Absonderung hat derart zu erfolgen, daß der am Aussatz Erkrankte ein besonderes Schlafzimmer und ein besonderes Bett zur Verfügung hat, auch in Räumen wohnt, die nicht von anderen als den zum Umgang mit ihm zugelassenen Personen (Angehörigen, Pflegern) benutzt werden. Die Unterbringung mehrerer Aussätziger in einem Raum ist zulässig. Die dem Kranken zur Verfügung stehenden Gebrauchsgegenstände (Wäsche, Kleider, Schuhzeug, Wasch-, Rasier-, Eß- und Trinkgeschirr, Bücher, Musikalien usw.) dürfen nur von diesem allein benutzt werden und müssen als für den aussschließlichen Gebrauch des Kranken bestimmt kenntlich gemacht sein.

Aussätzigen ist der Besuch von öffentlichen Badeanstalten, Barbier- und Frisiergeschäften, Schulen, Wirtschaften, Theatern und dergleichen sowie die Benutzung der dem öffentlichen Verkehre dienenden Beförderungsmittel (Droschken, Straßenbahnwagen und dergleichen) zu verbieten.

Aussätzigen, welche nach der Art ihrer Krankheitserscheinungen als eine besondere Gefahr für die Weiterverbreitung des Aussatzes nach dem Gutachten des beamteten Arztes anzusehen sind, ist jeder Verkehr an öffentlichen Orten (Straßen usw.) zu untersagen.

Es ist Vorsorge zu treffen, daß Aussätzige keine Beschäftigung ausüben, bei welcher sie mit anderen, nicht aussätzigen Personen in unmittelbare Berührung kommen, zum Beispiel Wartung von Kindern, Bedienung anderer Personen.

Weitere, über die Bestimmungen der Abs. 2 bis 5 hinausgehende Beschränkungen können Aussätzigen nur auferlegt werden, sofern der beamtete Arzt dies für zulässig erachtet.

Aussätzigen, bei denen in zuverlässiger Weise nachgewiesen ist, daß ihre Ausscheidungen Lepraerreger nicht enthalten, können nach dem Gutachten des beamteten Arztes Erleichterungen für den Aufenthalt außerhalb ihrer Wohnungen gewährt werden. Der Besuch von Wirtschaften, Theatern und dergleichen sowie die Benutzung der dem öffentlichen Verkehre dienenden Beförderungsmittel (Droschken, Straßenbahnwagen und dergleichen) soll ihnen nur dann verboten werden, wenn besondere Gründe dies erscheinen lassen. Solche Kranke sind monatlich mindestens einmal durch den beamteten Arzt auf ihren Krankheitszustand zu untersuchen; dabei ist besonders festzustellen, ob ihr Nasen- und Rachenschleim noch frei von Lepraerregern ist.

Krankheitsverdächtige, d. h. solche Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch des Aussatzes befürchten lassen, sind so lange wie Kranke zu behandeln, bis nachgewiesen ist, daß Aussatz nicht vorliegt.

Falls der beamtete Arzt es für erforderlich erklärt, ist darauf hinzuwirken, daß Kinder aussätziger Eltern aus der Wohnung der letzteren entfernt und in einer anderen Behausung untergebracht werden.

Diejenigen Personen, welche der Pflege und Wartung von Aussätzigen sich widmen oder sonst bei ihnen Dienste verrichten, sind zur Befolgung der Desinfektionsanweisung anzuhalten; auch ist ihnen die Einhaltung der sonstigen gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit von dem beamteten Arzte für erforderlich erachteten Maßregeln zur Pflicht zu machen.

3. Zu § 16. Jugendliche Personen aus einem Haushalt, in dem ein Aussätziger sich befindet, müssen, soweit und solange nach dem Gutachten des beamteten Arztes eine Weiterverbreitung der Krankheit zu befürchten ist, vom Schulbesuche ferngehalten werden.

4. Zu § 19. In einem Hause, in welchem ein Aussätziger sich befindet oder befunden hat, sind die erforderlichen Maßnahmen zur Desinfektion der Ausscheidungen der Kranken sowie der mit dem Kranken oder Gestorbenen in Berührung gekommenen Gegenstände zu treffen. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist der Desinfektion infizierter Räume sowie der Betten, der Leibwäsche

und der Kleidungsstücke des Kranken oder Gestorbenen zuzuwenden. Fahrzeuge und andere Beförderungsmittel, welche ausnahmsweise zur Fortschaffung von solchen kranken oder krankheitsverdächtigen Personen gedient haben, denen gemäß Nr. 2 Abs. 3 dieser Bestimmungen die Benutzung der dem öffentlichen Verkehre dienenden Beförderungsmittel verboten ist, sind alsbald und vor anderweitiger Benutzung zu desinfizieren. Die Desinfektionen sind nach Maßgabe der aus der Anlage ersichtlichen Anweisung zu bewirken.

5. Zu § 21. Die Leichen der an Aussatz Gestorbenen sind ohne vorheriges Waschen und Umkleiden in Tücher einzuhüllen, welche mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind. Sie sind alsdann in dichte Särge zu legen, welche am Boden mit einer reichlichen Schicht Sägemehl, Torfmull oder anderen aufsaugenden Stoffen bedeckt sind. Der Sarg ist alsbald zu schließen.

Soll mit Rücksicht auf religiöse Vorschriften das Waschen der Leiche ausnahmsweise stattfinden, so darf es nur unter den vom beamteten Arzte angeordneten Vorsichtsmaßregeln und nur mit desinfizierenden Flüssigkeiten ausgeführt werden.

Ist ein Leichenhaus vorhanden, so ist die eingesargte Leiche alsbald dahin überzuführen. Die Ausstellung der Leiche im Sterbehaus oder im offenen Sarge ist zu untersagen.

Die Bestattung der Aussatzleichen ist tunlichst zu beschleunigen. Den bei der Einsargung beschäftigt gewesenen Personen ist die Einhaltung der von dem beamteten Arzte gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit für erforderlich erachteten Maßregeln zur Pflicht zu machen.

6. Zu § 22. Die Aufhebung der zur Abwehr des Aussatzes getroffenen Anordnungen darf nur nach Anhörung des beamteten Arztes erfolgen.

7. Zu § 24. Fremdländischen Aussätzigen kann der Uebertritt über die Grenze verboten werden.

8. Zu § 40. Aussätzige, deren Absonderungen Lepraerreger enthalten, dürfen in der Regel nicht mittels der Eisenbahn befördert werden. Ausnahmen sind nur nach dem Gutachten des für die Abgangsstation zuständigen beamteten Arztes zulässig. In solchen Ausnahmefällen ist der Kranke in einem besonderen Wagenabteil mit getrennten Abort zu befördern. Aussätzige, die obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen, sind, gleichviel ob ihre Absonderungen Lepraerreger enthalten oder nicht, in einem besonderem Wagenabteil mit getrenntem Abort zu befördern, auch ist ihnen ein zuverlässiger Begleiter beizugeben.

Wagenabteil und Abort, die von einem Aussatzkranken benutzt worden sind, dessen Absonderungen Lepraerreger enthalten, müssen alsbald und vor anderweitiger Benutzung desinfiziert werden. Handelt es sich um andere Aussatzkranke, so ist eine Desinfektion vorzunehmen, sofern und soweit es der beamtete Arzt für erforderlich erachtet.

9. Zu § 42. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch des Aussatzes festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort zu benachrichtigen. Ebenso ist jeder weitere Fall dem Kaiserlichen Gesundheitsamte mitzuteilen.

Die Landesregierungen haben alljährlich bis spätestens den 1. Februar dem Kaiserlichen Gesundheitsamt über die in dem verflossenen Kalenderjahr in dem betreffenden Staatsgebiet eingetretene Zu- und Abnahme der Krankheitsfälle Mitteilung zu machen.

B. Königreich Preussen.

Unzulässigkeit der Erstattung von Gutachten seitens der Kreisärzte in baupolizeilichen Angelegenheiten auf Antrag von Privatpersonen. Erlaß des Ministers des Innern vom 1. Juli 1913 — M 1762 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Es sind in letzter Zeit mehrfach Fälle zu meiner Kenntnis gelangt, in denen Kreisärzte die Untersuchung und Begutachtung von neuen Gebäuden auf Bewohnbarkeit und von alten Wohnungen auf gesundheitsgefährdende Mängel auf Ersuchen von Privatpersonen vorgenommen haben. Für die Baupolizeibehörden, denen derartige Gutachten mit Dispensgesuchen oder sonstigen Anträgen vorgelegt wurden, sind öfters Schwierigkeiten dadurch entstanden,

daß in den kreisärztlichen Gutachten auf die Vorschriften der geltenden Baupolizeiverordnungen oder auf voraufgegangene Verhandlungen der Polizeibehörden keine Rücksicht genommen war. Ich nehme daher Veranlassung, auf die Bestimmung im § 22 der Dienstanweisung für die Kreisärzte hinzuweisen, wonach die Kreisärzte amtliche Zeugnisse für Privatpersonen nur insoweit auszustellen haben, als dies zu ihren Dienstobliegenheiten oder zur vertrauensärztlichen Tätigkeit § 115 der Dienszanweisung) gehört. Die Ausstellung von Zeugnissen über die Bewohnbarkeit von Räumen auf Ersuchen von Privatpersonen gehört weder zu den Dienstobliegenheiten des Kreisarztes noch zu den vertrauensärztlichen Verrichtungen. Zur Erteilung derartiger Zeugnisse an Privatpersonen sind also die Kreisärzte nicht befugt. Privatpersonen, die den Kreisarzt um die Untersuchung einer Wohnung angehen, hat dieser an die zuständige Polizeibehörde zu verweisen.

Der Polizeibehörde bleibt es, wenn sie ihrerseits auf Antrag von Privatpersonen den Kreisarzt um eine Begutachtung ersucht, überlassen, die Zahlung der entstehenden Kosten durch die Verpflichteten in geeigneter Weise sicher zu stellen.

Gewährung von Reisekosten für Dienstreisen eines mit der Stellvertretung eines benachbarten Kreisarztes beauftragten Kreisarztes. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. Juli 1918 — M. 889 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei der Gewährung von Reiseksosten für Dienstreisen eines mit der Stellvertretung eines benachbarten Kreisarztes beauftragten Kreisarztes ist nach folgenden Grundsätzen zu verfahren (Erlaß vom 5. April 1910 — Min.-Blatt f. Med.-Angel., S. 182): Wenn der vertretende Kreisarzt von seinem Wohnsitze aus nach dem Wohnsitze des zu vertretenden Kreisarztes eine Dienstreise lediglich zu dem Zwecke ausführt, um dort ein Dienstgeschäft zu erledigen, so erhält er aus der Staatskasse die gesamten Reisekosten (Tagegelder und Fahrkosten).

Reist der vertretende Kreisarzt von seinem Wohnorte über den Wohnort des zu Vertretenden nach einem Orte in dessen Amtsbezirke zum alleinigen Zwecke der Erledigung eines Dienstgeschäftes an dem letzterem Orte, so werden ihm aus der Staatskasse die Fahrkosten (Kilometergelder und Zu- und Abgangsgebühren) für die Entfernung zwischen den beiderseitigen Wohnorten gezahlt, vorausgesetzt, daß die Reise über den Wohnort des zu vertretenden Kreisarztes ausgeführt werden mußte. Hinsichtlich der weiteren Fahrkosten und der gesamten Tagegelder ist der Vertreter aus der Reisekostenbauschvergütung des zu vertretenden Kreisarztes zu entschädigen.

Das Gleiche gilt, wenn der Vertreter nach dem Wohnorte des zu Vertretenden reist, dort ein Dienstgeschäft erledigt und dann nach einem anderen Orte in dem Amtsbezirke des zu Vertretenden zur Erledigung eines anderen Dienstgeschäftes weiterreist. Auch hier werden aus der Staatskasse nur die Fahrkosten für die Reise nach dem Wohnorte des zu vertretenden Kreisarztes und zurück gewährt. Der § 6 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 ist hier nicht anzuwenden, da es sich nicht um verschiedene Zahlungspflichtige im Sinne dieser Gesetzesbestimmung handelt.

Führt der vertretende Kreisarzt eine Dienstreise nach einem Orte in dem Amtsbezirke des zu Vertretenden aus, ohne dessen Wohnort zu berühren, so ist er hinsichtlich der gesamten Reisekosten (Tagegelder und Fahrkosten) aus der Reisekostenbauschvergütung des zu vertretenden Kreisarztes zu entschädigen. Aus der Staatskasse wird in diesem Falle keinerlei Entschädigung gewährt.

Ablegung der Prüfung behufs Erlangung der Befähigung zum Gifthandel. Erlaß des Ministers des Innern vom 28. Juli 1912 — M. 5902 — (a) und 19. Juni 1913 — M. 6522 — (b) an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Seit einiger Zeit erscheinen in der Drogistenpresse Hinweise auf Vorbereitungsschulen für Drogisten mit abschließender Drogistengehilfen- und Giftprüfung. Diesen Inseraten ist nicht selten ein Zusatz beigefügt, in dem es heißt: „Giftprüfung wird vor dem Königlich Preußischen Kreisarzt abgelegt"

oder „Giftprüfung, welche vor dem Königlich Preußischen Kreisarzt abgelegt wird und für ganz Preußen gilt“, u. dgl. m.

Nach mir vorliegenden Berichten haben einzelne Kreisärzte Personen, die sich am Schluß eines Lehrganges in einer solchen Vorbereitungsschule gleichzeitig in größerer Zahl dem Kreisarzt zur Schlußprüfung angemeldet hatten, einer Abschlußgiftprüfung im Rahmen der im Abs. 1 des § 56 der Dienstanweisung für die Kreisärzte entaltenen Grundzüge unterzogen und ihnen dann entsprechende Zeugnisse erteilt.

Dies Verfahren entspricht, soweit es sich dabei um Personen handelt, die überhaupt nicht beabsichtigen, die Erlaubnis zum Handel mit Giften nachzusuchen, nicht dem § 56 der Dienstanweisung für die Kreisärzte. Auch ist es nicht ausgeschlossen, daß Personen, die beim Abgang von einer Drogistenschule von einem Kreisarzt geprüft worden sind, das von diesem ausgestellte Zeugnis irrtümlich als ein staatliches Befähigungszeugnis ansehen und gelegentlich mißbräuchlich verwenden.

Endlich kann in solchen Fällen der Eindruck entstehen, als ob die betreffenden Kreisärzte in unerwünschten Beziehungen zu derartigen Drogistenfachschulen ständen.

Ew. pp. ersuche ich daher ergebenst, gefälligst die Kreisärzte unter Hinweis auf vorstehende Ausführungen zu veranlassen, alles zu vermeiden, was den Anschein irgendwelcher Beziehungen zu oder von Abmachungen mit Drogistenfachschulen zu erwecken geeignet ist, bei Abhaltung von Giftprüfungen aber sich streng an die Bestimmungen des § 56 der Dienstanweisung zu halten.

b. Der Runderlaß vom 23. Juli 1912 — M 5902 — ist mehrfach so verstanden worden, als ob künftig nur solche Personen vor den Kreisärzten die Giftprüfung ablegen dürften, den der Handel mit Giften auf eigene Rechnung (als Geschäftsinhaber) betreiben wollen. Diese Auffassung ist irrig und findet weder in dem Runderlaß noch in § 56 der Dienstanweisung für die Kreisärzte eine Stütze. Zur Giftprüfung sind vielmehr alle Personen zuzulassen, die nach § 49 Abs. 1 der Preußischen Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Juni 1861 (Gesetzsamml. S. 441) einer Konzession zum Gifthandel bedürfen. Dies sind aber nicht nur solche, die Gift auf eigene Rechnung feilhalten, sondern auch solche, die im Gifthandel die Befugnisse als Stellvertreter des Geschäftsinhabers (§ 45 der Reichsgewerbeordnung) ausüben wollen. Dagegen bedürfen Personen, die im Gifthandel lediglich unter Aufsicht und Leitung des Geschäftsinhabers oder seines konzessionierten Stellvertreters tätig werden wollen, einer Giftkonzession nicht und sind daher auch nicht zur Giftprüfung durch die Kreisärzte zuzulassen.

Vorschriften über Erhitzungseinrichtungen und über die Buchführung in Sammelmolkereien. Runderlaß des Ministers für Landwirtschaft usw. vom 30. April 1918 — M. f. L. IA IIIe 3655 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach § 26 der Viehseuchenpolizeilichen Anordnung vom 1. Mai 1912[1]) und dem Begleiterlasse dazu vom 28. März 1912 fallen unter den Begriff der Sammelmolkerein auch Milchhandlungen, die ihren Bedarf aus verschiedenen Betrieben decken, wenn sie die Milch nicht lediglich weiter verkaufen, sondern wenn auch eine Verarbeitung der Milch, insbesondere eine Entrahmung, in ihrem Betriebe stattfindet. Für solche Milchhandlungen gelten hiernach u. a. auch die Vorschriften des § 27 V.A.V.G., wonach sie mit Einrichtungen zur Erhitzung der Milch versehen sein müssen, und die Vorschriften des § 29 ebenda über die Buchführung.

Von mehreren Seiten ist beantragt worden, von den Vorschriften über Erhitzungseinrichtungen Ausnahmen für solche Milchhandlungen — namentlich in größeren Städten — zuzulassen, in denen Milchrückstände nur an die örtliche Kundschaft zum Genusse für Menschen abgegeben werden, in denen also eine Verwertung der gewonnenen Erzeugnisse als Futtermittel für Tiere nicht stattfindet, so daß die Notwendigkeit einer Erhitzung von Milch oder Milchrückständen in diesen Betrieben nicht vorliegt. Auch die Buchführung nach § 29

[1]) S. Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 17 dieser Zeitschrift; 1912, Seite 251.

V.A.V.G. ist für solche Milchhandlungen als entbehrlich bezeichnet worden; es ist besonders darauf hingewiesen worden, daß die dort verlangten Angaben über die Herkunft der Milch dann kaum möglich seien, wenn die Milch nicht vom Landwirt unmittelbar, sondern von einem Zwischenhändler bezogen werde.

Die Beschaffung von Einrichtungen, mit denen Milch sicher und nachweislich auf 90° erhitzt werden kann, ist durch § 27 der Ausführungsvorschriften des Bundesrats zwingend vorgeschrieben. Ausnahmen hiervon zuzulassen, erscheint um so bedenklicher, als sich auch in Milchhandlungen der gedachten Art in Ausnahmefällen die Notwendigkeit einer Verwertung von Milchrückständen als Futtermittel für Tiere ergeben kann. Ich bin daher nicht in der Lage, die gewünschten Befreiungen eintreten zu lassen. Es wird aber nicht nötig sein, für Milchhandlungen die Beschaffung kostspieliger Erhitzungsapparate zu fordern. Vielmehr werden bei Milchhandlungen der bezeichneten Art, bei denen eine Abgabe oder sonstige Verwertung von Milch und Milchrückständen als Futtermittel für Tiere nicht oder nur ausnahmsweise und dann nur in geringem Umfange stattfindet, die Vorschriften des § 27 V.A.V.G. schon dann als erfüllt anzusehen sein, wenn die Betriebe und Einrichtungen versehen sind, die eine Erhitzung der Milch über offenem Feuer bis zum wiederholten Aufkochen ermöglichen. Solche Einrichtungen werden alle Milchhandlungen ohne besondere Schwierigkeiten beschaffen können.

Auch an der Buchführung nach § 29 V.A.V.G. muß grundsätzlich festgehalten werden. Es wird jedoch auch hier für die Milchhandlungen der Einrichtung einer besonderen Buchführung nicht bedürfen, es wird vielmehr genügen, wenn sich die im § 29 V.A.V.G. vorgeschriebenen Angaben aus den sonstigen in den Betrieben geführten Büchern feststellen lassen. Angaben über die Ablieferung von Milch und Milchrückständen sind nur insoweit erforderlich, als eine Abgabe zur Verwertung in Viehhaltungen stattgefunden hat. Ist nach Lage der Verhältnisse die Angabe des Herkunftsgehöftes der Milch nicht möglich, so wird hierauf verzichtet werden müssen.

Ew. pp. wollen hiernach die nachgeordneten Dienststellen mit Anweisung versehen. Von der regelmäßigen amtstierärztlichen Beaufsichtigung der Milchhandlungen der vorstehend bezeichneten Art ist abzusehen; sie werden nur in besonderen Bedarfsfällen zu kontrollieren sein.

Herstellung und Einwickelung von Bouillonwürfeln. Erlaß des Ministers des Innern und für Handel und Gewerbe vom 19. Juni 1913 — M. d. I. M 5086 III, M. f. H. IIb 5135 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ermittelungen über die Verhältnisse bei der Herstellung und Einwickelung von Bouillonwürfeln haben ergeben, daß hier und da Mißstände sich zeigen, besonders in der Hausindustrie, indem gelegentlich Haushaltsküchen oder sogar Wohn- und Schlafräume dafür benutzt, Kinder beim Einwickeln beschäftigt werden u. a. mehr. Wir ersuchen ergebenst, der Angelegenheit gefälligst besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Gegebenenfalls sind auf Grund des Hausarbeitsgesetzes vom 20. Dezember 1911 (R.G.Bl. S. 976) die nötigen Maßnahmen zur Beseitigung von Mißständen zu ergreifen, oder es ist die strafrechtliche Verfolgung auf Grund des Nahrungsmittelgesetzes herbeizuführen.

Gehalt von Wein an flüchtiger Säure. Erlaß der Minister des Innern u. für Landwirtschaft usw. vom 28. Mai 1913 — M. d. I. M 6126 II, M. f. L. I A II e 3444 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Gelegentlich der am 26. und 27. September 1912 in Kreuznach abgehaltenen Beratung der Kommission für die amtliche Weinstatistik ist zur Sprache gebracht worden, daß die 1897 von der Freien Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie in Landshut angenommenen und noch jetzt üblichen Beurteilungsnormen über den Gehalt von Wein an flüchtiger Säure (vergleiche Forschungsberichte über Lebensmittel, 1897, Bd. IV, S. 340) nur insoweit noch als zutreffend zu erachten sind, als die Beurteilung deutscher Weine in Frage kommt. Bezüglich der ausländischen sowohl süßen, wie nicht süßen Weine wurde die Frage noch nicht für genügend geklärt erachtet, denn es würden nicht selten solche Weine mit hohem Gehalt an flüchtiger Säure angetroffen, die keinen stichigen Geruch oder Geschmack zeigten. Es wurde

angeregt, die Ergebnisse der Untersuchung von Auslandsweinen auf flüchtige Säure unter gleichzeitiger Angabe der sonstigen Zusammensetzung der Weine und des Ausfalls der Kostprobe dem Kaiserlichen Gesundheitsamt mitzuteilen, um gelegentlich der nächsten Jahresversammlung der Kommission über diesen Gegenstand erneut zu verhandeln.

Zu diesem Zwecke ersuchen wir ergebenst, die Nahrungsmitteluntersuchungsämter gefälligst anzuweisen, auffällige Befunde dieser Art an ausländischen Weinen unter gleichzeitiger Begründung ihrer jeweiligen Stellungnahme in dieser Frage durch die Hand Ew. pp. an mich gelangen zu lassen. Ich behalte mir vor, sie dann dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zugänglich zu machen.

C. Königreich Bayern.

Die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse bei Erkrankungen von Lehrern und Lehrerinnen der Volksschulen. Erlaß der Staatsministerien des Innern beider Abteilungen vom 24. Mai 1913.

Zur Anbahnung einer gleichmäßigen und vereinfachten Sachbehandlung und um dem beteiligten Lehrpersonal unnötige Kosten zu ersparen, wird hiermit verfügt:

1. Die Bestimmung darüber, ob zur Bescheidung von Urlaubsgesuchen erkrankter Lehrer und Lehrerinnen der Volksschulen amtsärztliche Gutachten einzufordern seien, ist den K. Regierungen, Kammern des Innern, vorbehalten. Die mit der Begutachtung und Weiterbeförderung solcher Gesuche befaßten Orts- und Distriktsschulbehörden haben von sich aus amtsärztliche Gutachten nicht einzufordern und auch den Gesuchstellern die Beibringung amtsärztlicher Zeugnisse nicht aufzuerlegen.

2. Die K. Regierungen, Kammern des Innern, werden von der ihnen vorbehaltenen Befugnis nur dann Gebrauch machen, wenn die Dienstbehinderung erkrankter Lehrpersonen nicht auf andere Weise verlässig festgestellt werden kann, ferner wenn es sich um Dienstbehinderung von so langer Dauer handelt, daß Versetzung in den Ruhestand in Frage kommt.

3. Die Ausstellung der von den K. Regierungen, Kammern des Innern, zur Bescheidung von Urlaubsgesuchen erkrankter Lehrpersonen eingeforderten amtsärztlichen Gutachten, dann der in § 12 der Satzungen der Kreispensionsanstalten für dienstunfähige Lehrpersonen (Verordnung vom 2. Januar 1904, G. V. Bl. S. 5) vorgeschriebenen amtsärztlichen Gutachten ist Dienstaufgabe der K. Bezirksärzte und hat unentgeltlich zu erfolgen. Für diese Gutachten sind auch Gebühren zur Staatskasse nicht zu entrichten. Wenn die zur Abgabe der amtsärztlichen Gutachten erforderlichen Untersuchungen aus dringenden Gründen nicht am Wohnsitze des K. Bezirksarztes vorgenommen werden können, sind die für Dienstreisen anfallenden Tagegelder und Reisekosten auf die den K. Bezirksärzten zugewiesene Bauschvergütung zu verrechnen.

4. Durch vorstehende Anordnungen soll nicht ausgeschlossen werden, daß die K. Regierungen, Kammern des Innern, und die äußeren Schulaufsichtsbehörden behufs Beurlaubung erkrankter Lehrer nach Bedarf die Beibringung eines Zeugnisses des behandelnden Arztes verlangen.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Krippenanstalten. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 8. Juni 1913.

Im Einverständnisse mit dem K. Staatsministerum der Justiz wird die Ministerialbekanntmachung von 9. Mai 1911[1]) (GVBl. S. 426) durch folgende Vorschriften ergänzt:

1. Zu § 3 Ziff. 1 und § 5 Ziff. VI:

Bei Krankheits- oder Todesfällen in Krippenanstalten obliegt die Erstattung der Anzeige nach §§ 1 und 4 ausschließlich dem Vorsteher der Anstalt oder der von der zuständigen Stelle bestimmten Person; der Vorsteher der Anstalt oder diese Person ist zur Auskunft nach § 5 Ziff. VI. verpflichtet.

---

[1]) Siehe Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 12 dieser Zeitschrift; 1911, S. 78.

2. Zu § 4 Ziff. II:

Die Anzeige soll bei Erkrankungen und Todesfällen von Kindern auch die Angabe der etwa besuchten Krippenanstalt, bei sonstigen Erkrankungen und Todesfällen die Angabe enthalten, ob im Hausstande Kinder vorhanden sind, die zur Tagespflege in eine Krippe verbracht werden, und welches diese Krippe ist.

3. Zu §§ 14 und 15:

Die §§ 14 Ziff. I, II, III, V mit IV und VIII, 15 Ziff. I, II, III, Abs. 1, IV und VII sind auf Krippenabteilung, die Kinder zur Tages- und Nachtpflege aufnehmen, entsprechend anzuwenden.

Die erforderlichen Anordnungen sind von den Distriktspolizeibehörden zu erlassen.

4. Zu § 30:

Der § 30 Ziff. 1 gilt auch für Zuwiderhandlungen gegen die Anzeige oder Auskunftspflicht nach vorstehender Ziff. 1, dann für Zuwiderhandlungen gegen die Schutzvorschriften, die sich nach Ziff. 3 aus dem Abschnitte III der Ministerialbekanntmachung vom 9. Mai 1911 ergeben, und gegen die Schutzanordnungen, welche die zuständigen Behörden oder Beamten nach Abschnitt III für Krippenanstalten treffen.

Zuwiderhandlungen der mit dem Vollzuge betrauten Beamten und Behörden gegen die Vorschriften, ferner Zuwiderhandlungen von Beamten und Bediensteten öffentlicher Krippenanstalten gegen die §§ 14 und 15 unterliegen nicht der Strafvorschrift des § 30 Abs. I, sondern werden dienstaufsichtlich und dienststrafrechtlich geahndet.

5. Diese Bekanntmachung tritt am 1. Juli 1913 in Kraft.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Formblatt für die Niederschrift über amtsärztliche Ermittelungen. Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 3. Juli 1913 an die K. Regierungen, Kammer des Innern, die Distriktsbehörden und die K. Bezirksärzte in den Landesteilen rechts des Rheins.

Zum Vollzuge des Gasetzes gegen die gemeingefährlichen Krankheiten vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 306) und der Ministerialbekanntmachung gegen die übertragbaren Krankheiten vom 9. Mai 1911 (GVBl. S. 426) wird folgendes bestimmt.

1. Die K. Regierungen, Kammern des Innern, und die Distriktspolizeibehörden haben den für ihren Bezirk zuständigen Bakteriologischen Untersuchungsanstalten von allen Verfügungen allgemeinen Inhalts, die sich auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, namentlich auf die Anzeigepflicht, die Desinfektion, die Krankenpflege und Krankenbeförderung beziehen, einen Abdruck mitzuteilen.

2. Bei Erkrankungen und Todesfällen an einer gemeingefährlichen Krankheit, an Typhus, übertragbarer Ruhr, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) sowie bei Erkrankungs- und Todesfällen, die den Verdacht auf eine dieser Krankheiten begründen, haben die Bezirksärzte, soweit sie nach § 6 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 oder nach § 5 der Ministerialbekanntmachung vom 9. Mai 1911 Ermittelungen an Ort und Stelle vornehmen, das Ergebnis der Ermittelungen, ihre vorläufigen Anordnungen und die Anträge an die Distriktspolizeibehörden in einem Formblatte nach dem unten abgedruckten Muster I niederzulegen. Bei sonstigen übertragbaren Krankheiten wird die Benutzung des Formblatts oder die Anlehnung der vorgeschriebenen Mitteilungen an dieses empfohlen.

3. Die Distriktspolizeibehörden haben bei den in Ziffer 2 aufgeführten Erkrankungs- und Todesfällen sofort eine Abschrift des vom Bezirksarzt ausgefüllten Formblatts nach Beifügung der von ihnen angeordneten Schutzmaßregeln und der etwa veranlaßten Bemerkungen dem K. Staatsministeriums des Innern unmittelbar vorzulegen und sodann in Zwischenräumen von 7 Tagen über den weiteren Verlauf der Krankheit bis zu ihrem Erlöschen Bericht zu erstatten. Die Krankheit ist als erloschen anzusehen, wenn die Schutzmaßnahmen für sämtliche Erkrankungen aufgehoben worden sind. Die fortlaufenden Berichte sollen dem Staatsministerium des Innern einen Ueberblick über den jeweiligen Stand der Krankheit geben. Sie sind durch Ausfüllung des unten abgedruckten Formblatts II zu erstatten. Soweit die Berichte nicht auf Grund

der Pflichtanzeigen, der Berichte der Ortspolizeibehörden oder der Mitteilungen der behandelnden Aerzte erstattet werden können, ist der Bezirksarzt gemäß § 7 Abs. VI der Ministerialbekanntmachung vom 9. Mai 1911 mit weiteren Erhebungen an Ort und Stelle zu betrauen. Auch sonst sind solche Erhebungen bei der Weiterverbreitung einer Krankheit von Zeit zu Zeit zu veranstalten.

Formblatt I

für die Niederschrift der Ermittelungen usw. bei gemeingefährlichen Krankheiten, dann bei Typhus, übertragbarer Ruhr, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) sowie bei Verdacht einer solchen Krankheit.

Vorbemerkung: Wenn sich das Ermittelungsverfahren auf eine Mehrzahl von Fällen erstreckt, ist das Ergebnis tunlichst in einem Formblatte niederzulegen. Soweit der Vordruck in einzelnen Ziffern nicht zutrifft, ist er zu durchstreichen.

I.

Ergebnis der Ermittelungen.

Nr. des Einlaufs- und Auslaufsbuchs des Bezirksarztes

....

1. Ort und Tag der Anzeigeerstattung: ....
Name des Anzeigenden: ....
2. Ort und Tag der Ermittelungen: ....
Anwesend waren: der behandelnde Arzt: ....
als Vertreter der Orts-, Distriktspolizeibehörde: ....
der vom Staatsministerium des Innern entsandte besondere Sachverständige: ....
3. Des Krankheitsverdächtigen, Erkrankten, Gestorbenen:
Vor- und Familienname: .... Beruf oder Gewerbe: ....
Geschlecht: .... Stelle der Beschäftigung: ....
Alter: .... Wohnung (Straße, Hausnummer):[1]
Familienstand: ....
bei Kindern, Ehefrauen Dienstboten: Name des Haushaltungsvorstandes: ....
bei Kindern ferner die von ihnen besuchte Anstalt (Schule, Schulklasse, Kinderbewahranstalt, Krippenanstalt u. dergl.): ....
4. Beginn der Krankheit: ....
Bettlägerig seit: ....
5. Der Kranke befindet sich in der .... Woche der Krankheit.
im Rückfall einer vorausgegangenen schweren, sicheren, verdächtigen Krankheit, die er in der Zeit vom ....
bis .... in .... durchgemacht hat.
6. Die bestehende Krankheit ist leicht, schwer, mittelschwer.
7. Behandelnder Arzt ist: ....
seit: ....
8. Der Kranke ist ortsansässig ....
Der Kranke ist zugezogen seit .... von (Ort, Gemeinde, Bezirksamt): ....
Der Kranke ist zugereist seit: .... von (Ort, Gemeinde, Bezirksamt): ....
In seinem früheren Aufenthaltsorte befand er sich seit: ....
Er wohnte bei (Wohnung, Straße, Hausnummer): ....
und war in den letzten Wochen vor der Erkrankung beschäftigt bei: ....
9. Wo hat der Kranke vermutlich den Ansteckungsstoff aufgenommen: ....

Insbesondere:

a) Haben schon früher Familien- oder Haushaltungsmitglieder des Kranken gleiche Krankheiten durchgemacht und wann? ....
Befinden sich im Haushalte bereits früher festgestellte Keimträger und welche? ....
b) Befinden sich im Haushalt oder bei Verwandten, Bekannten, auf der

[1] Wenn sich die Ermittelung auf eine Mehrzahl von Fällen erstreckt, empfiehlt es sich für kleine Ortschaften oder für Ortsteile eine einfache Planpause beizulegen, in der die betreffenden Häuser einzuziehen sind.

Arbeitsstätte, bei den Verkäufern von Nahrungs- oder Genußmitteln, im gleichen Orte[1]) kranke Personen? ....

Möglichst genaue Bezeichnung der Krankheit oder des Krankheitsverdachts: ....

Ist die Krankheit bei diesen Personen bereits aufgelaufen oder besteht sie noch fort? ....

c) War der Kranke während der Inkubationsfrist außerhalb seines Wohnorts und wo beschäftigt? ....

Befanden sich dort kranke oder krankheitsverdächtige Personen oder festgestellte Keimträger: ....

Sind die Krankheiten dieser Personen bereits abgelaufen oder bestehen sie noch fort? ....

d) Wurden Nahrungsmittel, Wächestücke und dergl. in letzter Zeit von auswärts geschickt? .... Welche? ....

woher? ....

Sind beim Absender etwa ähnliche Erkrankungen festzustellen? ....

e) Ist das Fleisch von kranken, notgeschlachteten Tieren genossen worden? in rohem, gekochten Zustande? ....

An welcher Krankheit hat das Tier gelitten? ....

Hat Fleischbeschau stattgefunden? .... Durch wen? ....

Ist das Fleisch für Genußzwecke tauglich, untauglich, bedingt tauglich, minderwertig erklärt worden? ....

10. Lassen sich auf Grund von Krankenkassenlisten, Schullisten sichere, verdächtige Erkrankungen (Todesfälle) feststellen und welche? .... oder sind nach diesen Listen oder den Standesamtsregistern überhaupt in den letzten Monaten Häufungen von Erkrankungen, Todesfällen aufgetreten? ....

Was war ihre vermutliche Ursache? ....

11. Sind bei der Ermittelung Proben zur bakteriologischen Feststellung bestehender oder abgelaufener, sicherer oder verdächtiger Krankheiten oder zur Feststellung von Keimträgern in der Umgebung des Kranken entnommen worden? ....

von wieviel Personen? ....

Besteht Sicherheit, daß weitere Proben von dem Kranken, seiner Umgebung oder sonstigen Personen entnommen und zur bakteriologischen Untersuchung eingesendet werden? ....

12. In der Wohnung des Kranken befinden sich außer ihm und dem Haushaltungsvorstande

.... Kinder im Alter von .... bis .... Jahren, ... Erwachsene, darunter .... Familienmitglieder, ... Dienstboten, ... Kostgänger, ... Schlafgänger, ... Besuche,

Gesamtsumme: ....

Besuchen die Kinder eine Anstalt (Schule, Kinderbewahranstalt, Krippenanstalt) und welche (Schulklasse)? ....

13. Die Wohnung hat Wohnräume .... Schlafräume .... mit .... Betten.

Eine Absonderung läßt sich durchführen, nicht durchführen.

In der Wohnung wird betrieben (Angabe des Gewerbes usw.) ....

In dem gleichen Hause wohnen noch selbständige Mieter

Verzeichnis der Mieter.

Nummer	Vor- und Familiennamen des selbständigen Mieters (Haushaltungsvorstandes)	Beruf oder Gewerbe	Personenzahl beim Mieter (einschließlich des Mieters)
1			
2			
3			
usw.			

[1]) Kommt nur für kleine Ortschaften in Betracht.

14. Die Wäsche des Kranken $\frac{\text{wird}}{\text{wurde}}$ gewaschen von: ....

15. Ort und Beschaffenheit der Wasserversorgung des Kranken: ....

16. Wie werden die Ausscheidungen (Kot, Harn), Abfallstoffe, Abwasser beseitigt? Gelangen sie in einen Wasserlauf?
    a) in der Wohnung des Kranken ....
    b) an der vermutlichen Ansteckungsstelle ....
    Wieviel Personen sind an beiden Stellen auf den gleichen Abort angewiesen? ....
    Sind Kinderaborte vorhanden? ....
    Wie sind die Aborte beschaffen? ....

17. Sonstige bemerkenswerte, in Ziff. 1—16 nicht berührte Verhältnisse:

II.

Bereits durchgeführte oder vom Bezirksarzte vorläufig angeordnete Schutzmaßnahmen.

1. Der Kranke $\frac{\text{wird}}{\text{ist}}$ in die Krankenanstalt in ....
   in eine andere Wohnung zu ....
   am .... überführt $\frac{\text{werden}}{\text{worden}}$.
   Die Ueberführungsmittel $\frac{\text{wurden}}{\text{werden}}$ vorschriftsmäßig desinfiziert.
   Die Absonderung ist im Hause des Kranken durchgeführt, angeordnet worden.
2. Genaue Beschreibung der Absonderung ....
3. Der Kranke wird gepflegt von ....
   Berufsmäßiger Krankenpfleger wird eingestellt.
4. Die laufende Desinfektion is am .... angeordnet worden, wird ausgeführt von dem Desinfektor ....
   Krankenpfleger ...., Haushaltungsvorstande ...., Familienmitglied .... und überwacht von ....
5. Die ordnungsmäßige Ausführung der laufenden und der Schlußdesinfektion ist gesichert, unsicher, weil ....
6. Der Haushaltungsvorstand, die Familienglieder, das Pflegepersonal $\frac{\text{ist}}{\text{sind}}$ über die Ansteckungsgefähr noch nicht belehrt worden, belehrt worden von ....
   Das Typhus-, Ruhrmerkblatt ist dem Haushaltungsvorstande .... am .... ausgehändigt worden.
7. Sonstige Schutzmaßnahmen.
8. Die angeordneten Schutzmaßnahmen (Absonderung, Desinfektion, Pflege ....) wurden dem Haushaltungsvorstande ....
   mündlich, durch Uebergabe einer Niederschrift eröffnet.

III.

An das K. Bezirksamt ....
An den Stadtmagistrat ....

den .... 19......
Unterschrift des Bezirksarztes.

IV.

Verfügungen des Bezirksamts ....
Stadtmagistrats ....

V.

Nr.

Dem K. Staatsministerium des Innern vorgelegt.

(Berichtliche Zusätze, soweit sie noch veranlaßt sind): ....

den .... 19......

Bezirksamt.......................... Stadtmagistrat ....

VI.

Nr.

GR. an die K. Bakteriologische Untersuchungsanstalt

in ....

zur Kenntnisnahme ....

München, ... 19............

K. Staatsministerium des Innern.

Formblatt II

für die Berichte an das Staatsministerium des Innern über Erkrankungen an Typhus, übertragbarer Ruhr

I		II						
		Zugänge						
		1	2	3	4	5		6
						bei Kindern		
Tag und Nummer der ersten Vorlage (des Ergebnisses der Ermittelungen usw.) an das Staatsministerium des Innern	Gemeinde, Ortschaft	Nr.	Vor- und Familienname, Geschlecht, Alter, Familienstand	Beruf oder Gewerbe, Stelle der Beschäftigung	Gegenwärtige Wohnung	Angabe der besuchten Anstalt (Schule, Krippe u. drgl.)	Name und Stand der Eltern	Tag der Erkrankung
		1						
		2						
		3						

[1]) Für kleinere Ortschaften oder für Ortsteile ist, wenn sich die Krank-
Häuser einzuzeichnen sind.

[2]) Fälle der Genesung sind erst bei Aufhebung der Schutzmaßnahmen

VII.

Nr.

Dem K. Staatsministerium des Innern mit den später mitgeteilten Berichten vom.. wieder vorgelegt.

(Berichtliche Zusätze, soweit sie veranlaßt sind): ....

K. Bakteriologische Untersuchungsanstalt

in..

den Verlauf von gemeingefährlichen Krankheiten sowie von Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung (Paratyphus).

an Kranken			III			IV
7	8	9	Abgänge von Kranken. Vor- und Familienname, Geschlecht, Alter, Familienstand			Sonstige Bemerkungen: über spätere Schutzmaßnahmen, Aufhebung von Schutzmaßnahmen, später festgestellte Ansteckungsquellen, Ergebnis bakteriologischer Untersuchungen usw.
Tag der Anzeigeerstattung	Name des zugezogenen Arztes	Besondere Bemerkungen über die Quelle der Ansteckung, ob, wann, und woher der Erkrankte zugezogen ist, über die Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, über die Lage seiner Wohnung zu den Wohnungen, in denen die Krankheit bereits aufgetreten ist.[1])	1	2	3	
			Nr.	durch Genesung[2])	durch Tod	
			1			
			2			
			3			

Nr.

Dem K. Staatsministerium des Innern vorgelegt.

.... den.................. 19.....

K. Bezirksamt..........................
Stadtmagistrat..........................

Nr.

An die K. Bakteriologische Untersuchungsanstalt zu ....
zur Kenntnisnahme und Wiedervorlage mit der Niederschrift über das Ergebnis der Ermittelungen.

München, ...19 ....

K. Staatsministerium des Innern.

heit weiter verbreitet, eine einfache Planpause beizulegen, in der die betroffenen

(der Absonderung) einzutragen.

Ausgestaltung der Wohnungsaufsicht durch Anstellung von Wohnungsinspektoren und Wohnungspflegern unter Heranziehung von Frauen für dieses Amt. Erlaß des K. Staatsministeriums des Innern vom 9. Juni 1918 an sämtliche K. Regierungen, Kammern des Innern, K. Bezirksämter und Gemeindebehörden.

Nach § 4 der K. Verordnung vom 10. Februar 1901 über die Wohnungsaufsicht (GVBl. 1901 S. 78) sind im Bedürfnisfalle den Wohnungskommissionen eigene durch die Gemeinde aufzustellende Wohnungsinspektoren als Hilfsorgane beizugeben. Auf Grund dieser Bestimmung sind nunmehr in fast allen Städten von über 10000 Einwohnern Wohnungsinspektoren teils im Hauptamt, teils im Nebenamt aufgestellt. Ihre Tätigkeit hat sich bisher im allgemeinen als sehr ersprießlich erwiesen; immerhin erscheint die Ausgestaltung dieser Einrichtung in vielen Fällen wenn nicht als notwendig, so doch mindestens sehr wünschenswert.

Bei der Aufstellung von entsprechend vorgebildeten männlichen Wohnungsinspektoren in der erforderlichen Zahl spielt jedoch oft die Rücksicht auf die Kostenfrage eine nicht unerhebliche Rolle. In diesen Fällen könnte die Verwendung von akademisch oder anderweitig vorgebildeten Frauen eine durchaus zweckmäßige Ergänzung der örtlichen Wohnungsinspektion herbeiführen.

Abgesehen hiervon wird aber auch die Heranziehung von geeigneten Damen zur Mitwirkung bei der Wohnungsaufsicht im Ehrenamte der Ausübung der Wohnungsaufsicht nur förderlich sein; denn in einer ganzen Reihe von Fragen der Wohnungsfürsorge, namentlich jenen, die sich an die Hausfrau vom Standpunkte der Wohnungspflege richten, wird der Rat und Beistand einer Frau für die Förderung des Verständnisses bei den in Betracht kommenden Bevölkerungsklassen leichter Eingang finden.

Es wird daher den Gemeindebehörden nahegelegt, der vorerörterten Angelegenheit näherzutreten.

Die K. Regierungen, Kammern des Innern, und die K. Bezirksämter werden beauftragt, auch ihrerseits der genannten Frage ihr Augenmerk zuzuwenden und in den geeigneten Fällen auf die Aufstellung von Wohnungsinspektorinnen oder Wohnungspflegerinnen hinzuwirken. Sollte in einzelnen Fällen die Aufstellung solcher Beamtinnen mit besonderen Kosten verknüpft sein, so erscheint die Gewährung einmaliger Zuschüsse nicht ausgeschlossen.

Für Gemeinden, für welche die Aufstellung eigener Wohnungsaufsichtsorgane nicht in Betracht kommt, wird unter Umständen die Aufstellung gemeinsamer Aufsichtsbeamten oder -beamtinnen zweckmäßig sein. Dies wird insbesondere bei den Vororten größerer Städte mit dichter Arbeiterbevölkerung der Fall sein. In solchen Fällen würde die Aufstellung distriktiver Wohnungsaufsichtsorgane, sei es für einen oder mehrere Distrikte, als die geeignete Maßnahme ins Auge zu fassen sein. Es ist daher auch dieser Frage veranlaßtenfalls näherzutreten.

Ich erwarte von dem sozialen Verständnis der in Betracht kommenden Gemeinden und Distrikte, daß sie durch entsprechende Beschlüsse auch ihrerseits zu einer sachgemäßen Ausgestaltung der Wohnungsaufsicht beitragen.

Verkehr mit arsenhaltigen Spielwaren. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 4. Juli 1913.

In Berlin und Hamburg sind aus Japan eingeführte ausgestopfte Hühner- und Entenküken als Spielwaren in den Verkehr gebracht worden, die nach dem Ergebnisse der amtlichen Untersuchung zur Haltbarmachung stark mit Arsenik behandelt sind, Die Gegenstände sind nach ärztlichem Gutachten geeignet, beim Gebrauch als Spielwaren die Gesundheit der Kinder aufs äußerste zu gefährden; sie enthalten verhältnismäßig sehr große Mengen des tödlichen Giftes, das als weißes Pulver namentlich an der Innenseite des Balges haftet, durch diesen leicht hindurchtritt und alsdann verstäubt.

Vor der Verwendung dieser Spielwaren, die vermutlich auch nach Bayern eingeführt werden, wird dringend gewarnt. Sind derartige Küken bereits im Haushalte vorhanden, so wird ihre Vernichtung empfohlen. Dabei wäre sorgfältig darauf zu achten, daß von dem Inhalte nichts verstäubt.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 16. | 20. August. | 1913.

Rechtsprechung.

Haftpflicht des Leiters einer Irrenanstalt für Unfälle oder Selbstbeschädigung der darin untergebrachten Kranken. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 18. März 1913.

Im Jahre 1903 war die Ehefrau Sp. an „melancholischer Verstimmung" erkrankt und in der psychiatrischen Klinik der Universität K. untergebracht, von wo sie als geheilt entlassen wurde. Am 12. November 1905 wurde sie wiederum in die Klinik gebracht und versuchte anfangs aus dem Eisenbahnzuge zu springen, was dem Leiter der Klinik, Prof. Dr. S., mitgeteilt wurde. Ihre Untersuchung erfolgte zunächst in der Beobachtungsstation, aber schon am 15. November auf Anordnung des Leiters in der offenen Station, der sog. Villa. Hier machte sie am Morgen des 16. November einen Selbstmordversuch, sie sprang aus dem Fenster des im Obergeschoss befindlichen Klosetts und verletzte sich schwer. Der Ehemann Sp. fand ein Verschulden darin, daß die Kranke schon am 15. November in die offene und mit den gehörigen Sicherungseinrichtungen nicht versehene Beobachtungsstation verlegt sei; er verlangte deshalb Schadenersatz und erhob Klage gegen den Preußischen Fiskus, als dem Vertreter der Universität K. Das Landgericht erklärte den Anspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt. Das Oberlandesgericht K. wies dagegen die Klage ab. Auf die Revision des Klägers Sp. führte dagegen der 3. Zivilsenat des Reichsgerichts u. a. aus: Mit Recht macht die Revision geltend, das Obergutachten und der über die Frage des Verschuldens urteilende Berufungsrichter habe außer acht gelassen, daß für ein Verschulden des Klinikleiters nach dem Klagvorbringen nicht nur in Betracht komme, ob er ohne Fahrlässigkeit annehmen konnte, die Ehefrau des Klägers sei nicht mehr selbstmordverdächtig, sondern auch, ob er mit der Möglichkeit eines Irrtums hätte rechnen müssen. Die Ausführungen des Oberlandesgerichts lassen die Prüfung vermissen, ob der Leiter der Klinik, wenn er sie nicht mehr für selbstmordverdächtig hielt und zu halten brauchte, nicht dennoch Vorsichtsmaßregeln zu treffen verflichtet war, namentlich mit Rücksicht auf die behaupteten, ihm bekannten Mängel in der Einrichtung der Villa. Auch wenn der Anstaltsleiter ohne Fahrlässigkeit den Selbstmordverdacht bei den Anstaltskranken für völlig ausgeschlossen hält und halten darf, so muß doch immerhin mit der Möglichkeit eines Irrtums gerechnet werden. Auf diese Möglichkeit hin werden, soweit es sich mit dem Heilzwecke vereinigen läßt, die Einrichtungen der offenen Station mit den erforderlichen Sicherungsvorkehrungen versehen sein müssen. Der Beklagte nimmt die zum Teil hilfslosen, in ihrer Einsicht und freien Willensbestimmung beeinträchtigten, oftmals nach Stimmungen und Anwandlungen unberechenbaren Kranken zur Bewachung und Heilung in seine Anstalt auf. Er ist dafür verantwortlich, daß sie dort gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, auch gegen die Gefahr der Selbstbeschädigung, soweit geschützt werden, als die zur Erreichung des Heilzweckes zu treffenden Maßnahmen es zulassen. Es fragt sich, warum es in der offenen Station, in der die Ehefrau des Klägers untergebracht wurde, an den geeigneten Sicherungsvorkehrungen gefehlt hat. Wenn es richtig ist, daß gerade in den Klosetts sich am häufigsten Selbstmordversuche ereignen, so ist nicht einzusehen, weshalb die Fenster des Klosetts im Obergeschoß nicht — etwa als Drehfenster — so eingerichtet waren, daß das Hindurchschlüpfen einer Person nicht geschehen konnte. Auch ist nicht ersichtlich, welche Umstände die Anwendung der äußersten Vorsicht, gerade auch in Ansehung der Ueberwachung der Kranken beim Aufsuchen des Klosetts, hinderten. Regelmäßig liegt die Annahme eines Ver-

schuldens nahe, wenn Sicherungsmaßregeln unterbleiben, obwohl ihre Anwendung möglich ist. Nach dieser Richtung hin bedürfe die Klage noch der eingehenden Prüfung. Das Urteil wurde deshalb aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. (Sächsische Korrespondenz.)

Aerztliche Verordnung ungeschützter Ersatzpräparate unter der Bezeichnung wortgeschützter Arzneimittel auf den betreffenden Rezepten (Württembergisches Arzneirevers-System). Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 10. Juli 1913.

Bekanntlich hatten zahlreiche Württembergische Krankenkassen[1]) mit nahezu 1700 Aerzten durch Revers und ebenso mit sämtlichen Apotheken, die für Krankenkassen liefern, ein Abkommen getroffen folgenden Inhalts: Da nach Ansicht der Kassenverwaltungen die Arzneimittel mit geschütztem Namen in ihrer Wirkung nicht besser sind, als die ihnen gleichwertigen Ersatzpräparate, dagegen im Handel vier Mal so viel kosten als diese, sollen die Kassenärzte zwar auf ihren Rezepten stets, der Einfachheit halber, geschützte Arzneimittel verschreiben, jedoch es zulassen, daß die Apotheker gegen Vorlegung dieser Rezepte stets das ungeschützte Ersatzpräparat abgeben, wenn nicht das Rezept ausdrücklich ein geschütztes Arzneimittel verordnet. Ebenso sind die Apotheker angewiesen, stets das gleichwertige ungeschützte Präparat zu verabfolgen. Die Ursache dieses Vorgehens war darin zu suchen, daß die Kassen überflüssige Ausgaben sich auf diese Weise ersparen wollten. Die durch dieses Abkommen geschädigten chemischen Fabriken gingen daraufhin mit Strafanzeigen gegen den Stuttgarter Ortskrankenkassen-Verwaltungsdirekter G. und mehrere Stuttgarter Aerzte vor. Es wurde ihnen zur Last gelegt, auf ihren Rezepten die geschützten Namen mehrerer Arzneimittel widerrechtlich gebraucht und sich dadurch des Vergehens einer Warenzeichenrechtsverletzung nach § 12 des Warenzeichenschutzgesetzes vom 12. Mai 1894 schuldig gemacht zu haben. Das Landgericht St. hatte jedoch durch Urteil vom 26. September 1912 sämtliche Angeklagten freigesprochen, da das ärztliche Rezept kein Geschäftspapier im Sinne des § 14 des Warenzeichengesetzes darstellt, das rechtswidrigerweise mit dem geschützten Warenzeichen versehen worden sei, sondern lediglich eine Anweisung an die Apotheker, die nicht über den Inhalt des Rezeptes getäuscht werden könnten. Jedenfalls sei die Täuschungsmöglichkeit, die unumgängliche Voraussetzung einer Warenzeichenrechtsverletzung nach § 14 zit. ausgeschlossen. Die hiergegen eingelegte Revision ist jetzt vom Reichsgericht als unbegründet verworfen und die Freisprechung mit folgender Begründung bestätigt: Es liegt keine Warenzeichenrechtsverletzung vor, da die Arzneien weder mit den geschützten Warenzeichen versehen, noch mit solchen versehen in den Verkehr gebracht worden seien. Darin, daß der Besteller einer Ware die Bestellung mit dem geschützten Zeichen eines anderen versehe, sei ein Verstoß gegen das Warenzeichenrecht nicht zu erblicken, da das Warenzeichen nicht an eine Ware geknüpft, nicht mit einer solchen in Verbindung gebracht worden sei. Beteiligung an einer Warenzeichenrechtsverletzung könne auf seiten der Aerzte nur dann vorliegen, wenn auf ihre Veranlassung und mit ihrem Wissen die Apotheker die unechten Arzneimittel mit dem geschützten Warenzeichen versehen hätten. Das sei aber nicht der Fall gewesen, da beide Parteien damit einverstanden gewesen seien, daß eine andere Ware geliefert werden solle und auch tatsächlich geliefert sei.

(Sächsische Korrespondenz.)

Naturheilkundiger als Geburtshelfer. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung. Urteil des Reichsgerichts (V. Str.-S.) vom 11. Juli 1913.

Angeregt durch die Lektüre von Büchern der Naturheilkunde hatte der Maurermeister Kl. seinen Beruf aufgegeben und sich als Homöopath und Magnetopath ein neues Betätigungsfeld gesucht. So hatte er u. a. die 27jähr. Frau W. wegen eines Magenleidens behandelt und dadurch ihr Vertrauen so sehr gewonnen, daß sie ihn auch, als sie im Februar vorigen Jahres ihrer Entbindung entgegensah, zur Hilfe holen ließ. Als K. in das Zimmer trat, war die

---

[1]) Siehe auch das Urteil des Reichsgerichts vom 22. November 1912, Beilage zu Nr. 4 der Zeitschrift; 1913, S. 39.

Hebamme schon dort. Dieser imponierte das Auftreten K.s derart, daß sie ihn für einen Arzt hielt. Als sie auf Anfragen von der Familie W. erfuhr, daß K. zwar kein Arzt sei, aber sehr viel verstehe und schon mancher Frau geholfen habe, ließ sie sich in der Annahme, daß K. in der Geburtshilfe große Erfahrungen und Kenntnisse besitze, bestimmen, zurückzutreten und ihm den Platz am Krankenbette zu überlassen. K. setzte sich an das Bett und behandelte nun Frau W. in seiner Weise, d. h. er ließ sie von ihm magnetisiertes Wasser trinken und bewegte über der Bettdecke und auf dem Leibe der Frau die eine Hand in kreisender Bewegung, während er mit der anderen ihren Kopf berührte. In der Nacht erfolgte dann die Geburt, bei der die Hebamme half, in normaler Weise. Die Hebamme ließ sich durch die bestimmte Erklärung K.s bewegen, keine Untersuchung der Nachgeburt vorzunehmen. Während dieser Zeit setzte K. seine Streichungen fort. Nach etwa 7 Stunden erfolgte die Geburt eines zweiten Kindes, die auch ohne besondere Erscheinungen verlief. Die Hebamme unterließ auch jetzt, veranlaßt durch das sichere Verhalten des K. eine eingehende Untersuchung, zumal K. versicherte, die Nachgeburt bewege sich schon. Drei Stunden nach der zweiten Geburt trat plötzlich bei der Wöchnerin ein Schwächezustand ein. Dadurch wurde der Hebamme plötzlich klar, daß K. nichts verstehe; sie untersuchte die Kranke und ließ sofort einen Arzt holen. Dieser stellte fest, daß sich die Nachgeburt noch nicht gelöst und die Gebärmutter noch nicht zusammengezogen hatte. Es war daher sein Eingreifen dringend erforderlich, zugleich hatte er eine große Menge geronnenen Blutes zu entfernen. Frau W. war jedoch nicht mehr zu retten, sondern starb wenige Stunden danach. K. wurde vom Landgericht D. wegen fahrlässiger Tötung zu einer Gefängnistrafe von 6 Monaten verurteilt. Auf Grund der Aussage des Sachverständigen Prof. Dr. J.-Göttingen nahm das Gericht an, daß bei rechtzeitiger ärztlicher Hilfe mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Wöchnerin gerettet worden wäre und daß K. allein durch sein Verhalten die Untersuchung der W. durch die Hebamme und die Hinzuziehung eines Arztes verhindert und damit fahrlässig den Tod der W. verschuldet habe. Als straferhöhend fiel ins Gewicht, daß K. keine Kenntnis von Geburtshilfe gehabt habe und anderseits durch seinen Beruf zu besonderer Vorsicht verpflichtet war. K. legte gegen diese Entscheidung Revision beim Reichsgericht ein. Das Rechtsmittel wurde jedoch als unbegründet verworfen. (Sächsische Korrespondenz.)

Rechtsgültigkeit einer den Verkauf von Speiseeis an Kinder unter 14 Jahren verbietenden Polizeiverordnung. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 3. April 1913.

Die Polizeiverwaltungen in H. und L. haben am 9. Mai 1911 eine formell rechtsgültige und ordnungsmäßig verkündete Polizeiverordnung erlassen, deren § 1 lautet:

„Speiseeis und kalte Getränke (z. B. Bier, Limonaden, Selters und andere Mineralwässer usw.) dürfen an Kinder unter 14 Jahren auf öffentlichen Wegen, Straßen und Plätzen zum Genusse auf der Stelle nicht verkauft werden."

§ 3 enthält die Strafvorschrift.

Am 27. September 1912 hat der Angeklagte von einem festen Stande auf dem an diesem Tage zu H. stattgefundenen Jahrmarkt auf dem K.markt einem öffentlichen Platze, Speiseeis zum Genusse auf der Stelle an ein 6jähr. Mädchen verkauft. Das Schöffengericht hat ihn deshalb wegen Uebertretung der erwähnten Polizeiverordnung bestraft. Seine Berufung wurde vom Landgericht verworfen. Die von ihm hiergegen eingelegte Revision konnte keinen Erfolg haben.

Allerdings wird der Marktverkehr als solcher in Tit. IV §§ 64 bis 71 R.G.O. erschöpfend behandelt. Nach § 67 Abs. 1 dürfen auf Jahrmärkten außer den in § 66 benannten Gegenständen Verzehrungsgegenstände und Fabrikate aller Art feilgehalten werden. Nach § 69 kann in den Grenzen der Bestimmungen der §§ 65–68 die Ortspolizeibehörde im Einverständnis mit der Gemeindebehörde die Marktordnung festsetzen. Es können deshalb polizeiliche Vorschriften, welche den Marktverkehr als solchen, also den Gewerbebetrieb auf den Märkten regeln und einschränken, soweit sie überhaupt nach §§ 65—68 R.G.O. zulässig sind, nur in Form einer Marktordnung ergehen. Dagegen ist es — was die Revision verkennt — ein allgemein in der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts (vergl. z. B. Entsch. Band 18 S. 302 ff.; Urteil vom

24. April 1902 Gew.Arch. Bd. 2 S. 1 ff.) und des Kammergerichts (vgl. bes. K.G.J. 23 C S. 14) ebenso wie in der Literatur anerkannter Rechtsgrundsatz, daß der Gewerbebetrieb allen denjenigen Beschränkungen unterliegt, welche aus allgemein polizeilichen, insbesondere bau-, straßen-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Rücksichten für alle Personen, also nicht nur für Gewerbetreibende, getroffen sind (vgl. besonders v. Landmann, Komm. 6. Aufl. Bd. 1 S. 69; v. Rohrscheidt, Komm. 2. Aufl. Bd. 1 S. 11; Biermann, Privatrecht und Polizei in Preußen S. 33). Was in dieser Beziehung vom Gewerbebetriebe im allgemeinen gilt, das gilt auch vom Marktverkehr. Wenn daher § 67 auf Jahrmärkten das Feilhalten von Verzehrungsgegenständen aller Art gestattet, so ist damit — neben der durch § 64 Abs. 1 auch für Jahrmärkte gewährten persönlichen Marktfreiheit — in sachlicher Beziehung festgesetzt, daß das Feilhalten irgend welcher Verzehrungsgegenstände auf Jahrmärkten landesrechtlich nicht verboten werden darf. Dagegen gelten Beschränkungen des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, welche allgemein, also nicht bloß für den Marktverkehr, festgesetzt werden, soweit sie nicht gegen Reichsrecht, z. B. gegen das Nahrungsmittelgesetz (Urteil des K.G. vom 15. Februar 1904 — S. 19. 04 — Gew.Arch. 3 S. 468) verstoßen und landesrechtlich zulässig sind, auch für den Verkehr auf Jahrmärkten. Eine solche Beschränkung ist die hier in Betracht kommende Polizeivorschrift; sie verstößt nicht gegen Reichsrecht und findet landesrechtlich ihre Stütze in § 6 f des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 in Verbindung mit § 10 II 17 A.L.R., da sie die Kinder gegen die Gefahren schützen will, welche ihrer Gesundheit durch den Genuß von Speiseeis zugefügt werden können (Urteil des K.G. vom 16. Februar 1911 — 1 S 1148. 10 — D. Jur.Ztg. 16 S. 597 f.). Diese Vorschrift hat Angeklagter übertreten; der K.markt hörte dadurch, daß dort Jahrmarkt stattfand, nicht auf, ein öffentlicher Platz zu sein. Die Revision war daher zurückzuweisen. Den Kostenpunkt regelt § 505 Str.P.O.

Unzulässigkeit der Abgabe nicht freigegebener Arzneimittel seitens eines Vereins an seine Mitglieder. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 28. April 1913.

Der „Verband der Hausarztvereine“ ist ein in das Vereinsregister nicht eingetragener Verein mit dem Sitz in B., der bezweckt, für die Familien krankenversicherungspflichtiger Vereinsmitglieder unter anderen Nährpräparate und in den Apotheken käufliche Arzneien möglichst im großen zu beschaffen und den Mitgliedern zum Selbstkostenpreis abzugeben. Diese Vereinigung zerfällt in Bezirksvereine; erster Vorsitzender des etwa 2000 Mitglieder zählenden Bezirksvereins M. ist der Angeklagte. Er hat für den Verein und aus dessen Mitteln solche Nährpräparate und Arzneien aus Apotheken, chemischen Fabriken und Drogerien bezogen und von jeder der etwa 100 Sorten 10—15 Stück vorrätig gehalten. Diese Präparate gibt er an die Mitglieder zum Selbstkostenpreise mit 3—5 % Aufschlag ab. Bei einer Revision wurden in seiner Wohnung russischer Spiritus, Eisenmangan-Peptonessenz, Sanders brausendes Bromsalz und Jodferratose, sämtlich Arzneimittel, die nach Annahme der Strafkammer den Apotheken vorbehalten sind, gefunden.

Das Landgericht hat den Angeklagten deshalb aus § 367 Nr. 3 StrGB. bestraft, weil er nicht freigegebene Arzneimittel „an andere überlassen habe“. Die Rüge der Revision, daß dieser Rechtsbegriff verkannt sei, ist verfehlt.

Nach § 367 Nr. 3 StrGB. wird bestraft, wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt. Die Frage, ob ein solches „Ueberlassen an andere“ dann vorliegt, wenn eine Personenmehrheit an ihre Mitglieder vorbehaltene Mittel abgibt, welche sie lediglich zu diesem Zwecke aus Apotheken entnommen hat, ist verschieden beantwortet worden. Im verneinenden Sinne haben sich namentlich ausgesprochen der erste Zivilsenat des Kammergerichts in seinem Beschlusse vom 23. Februar 1885 (KGJ. 5 S. 39), die Oberlandesgerichte zu Frankfurt a. M. (Urteil vom 15. Januar 1896, Sammlung gerichtl. Entsch. auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, Beilage zu den Veröffentl. des Kaiserl. Gesundheitsamt Bd. 2 S. 273), Jena (Urteil vom 12. Dezember 1899, ebenda Bd. 3 S. 411), Karlsruhe (Urteil vom 5. Juni 1902, ebenda Bd. 4 S. 657) und früher das Oberlandesgericht zu Cöln (Urteile vom 30. Dezember 1905 und 6. Juli 1907, ebenda Bd. 5 S. 495, 499,

sowie Olshausen (Komm. zum StrGB. 9 A. S. 1495 B). Diese Auffassung wird damit begründet, daß in diesen Fällen ein Miteigentum der Mitglieder an den Arzneien vorliegt und deshalb die Aushändigung eines Mittels an ein Mitglied kein Ueberlassen an „andere" darstellt. Auf dem entgegengesetzten Standpunkt stehen die Urteile der Oberlandesgerichte zu Hamm vom 17. April 1899 und 1. Dezember 1902 (ebenda Bd. 3 S. 396, Bd. 4 S. 625), Celle vom 29. Mai 1899 und 13. Dezember 1904 (Goltdammer Arch. 49 S. 331, 53 S. 300), Breslau vom 29. August 1900 (ebenda 48 S. 145), Dresden vom 29. August 1906 (ebenda 54 S. 438), Oldenburg vom 21. September 1908 (ebenda Bd. 56 S. 116), Stuttgart vom 29. Juli 1903 (Veröff. Bd. 4 S. 655) und eine neuere Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Cöln vom 22. Mai 1909 (Apoth.-Ztg. 1909, S. 507, Pharmaz. Ztg. 1909, S. 547), sowie in der Literatur der Kommentar von Frank (8.—10. Aufl. S. 637, Anm. 1) und einige Abhandlungen aus neuester Zeit (Kuhn, Apotheken und Krankenkassen, Essen 1902; Deumer DJZ. 17 S. 219; Hofmann Recht 13 S. 540; Coenders in der Pharmaz. Ztg. 1909 S. 275 und in der Apoth.-Ztg. 1911 S. 305 ff.). Die Vertreter dieser Auffassung machen geltend, daß — worauf Wortlaut und Zweck des Gesetzes hinweisen — hier nicht ausschließlich der zivilrechtliche Uebergang aus dem Eigentum der einen in das der anderen Person gemeint sein könne, daß aber, auch wenn dies der Fall wäre, die Uebertragung aus dem Gesamt- oder Miteigentum in das Eigentum des einzelnen Mitgliedes als ein Ueberlassen an einen „andern" anzusehen sei. — Eine Mittelmeinung vertrat bisher der Strafsenat des Kammergerichts. Er nahm an, daß zwar in der Abgabe von Arzneien seitens des Vorstandes einer (mit juristischer Persönlichkeit versehenen) Krankenkasse an ein Mitglied ein Ueberlassen an einen anderen zu finden sei (Urteil vom 12. Januar 1903 — S 1195. 02 —), nicht aber in der Verabfolgung seitens des Vorstandes eines (nicht rechtsfähigen) homöopathischen Vereins an ein Mitglied (Urteile vom 16. Januar 1893 und 10. November 1898 — S 744/92, 825/98 — Goltdammer Archiv 40 S. 352, 46 S. 356, vom 30. Juni 1901 — S. 493/01 — Veröff. Bd. 3 S. 379). Eine anderweite vermittelnde Auffassung kommt in einem Urteil des Oberlandesgerichts zu Düsseldorf vom 13. März 1911 (Apoth.-Ztg. 1911 S. 228) zum Ausdruck; danach ist die Abgabe von Arzneimitteln seitens des Vorstandes eines homöopathischen Vereins an ein Mitglied dann nicht als Ueberlassen an einen anderen anzusehen, wenn das Mitglied eine entsprechende Menge der gleichen Arznei vorher beim Vorstande bestellt hat, wohl aber dann, wenn dies nicht zutrifft.

Der Senat kann seine bisherige Ansicht nicht aufrecht erhalten, schließt sich vielmehr der von der Mehrzahl der Oberlandesgerichte vertretenen strengeren Auffassung an.

Das Allgemeine Landrecht verordnete in § 693 II 20:

„Niemand soll Schießpulver, Gifte, Arzneien und andere Materialien, deren Bearbeitung, Aufbewahrung und rechter Gebrauch besondere Kenntnisse voraussetzt, ohne ausdrückliche Erlaubnis des Staates zubereiten, verkaufen oder sonst an andere überlassen."

Die früheren Entwürfe des Preußischen Strafgesetzbuchs verboten die unentgeltliche Ueberlassung von Arzneien, weil diese nach Auffassung des Staatsrats auf dem Lande nicht untersagt werden könne, nur dann, wenn sie einem besonderen obrigkeitlichen Verbot zuwider erfolgte. Diese Einschränkung ist aber nicht Gesetz geworden. Vielmehr bedrohte § 345 Nr. 2 P. StrGB. denjenigen mit Strafe, welcher „ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit deren Handel nicht durch besondere Verordnungen freigegeben ist, zubereitet, verkauft oder sonst an andere überläßt". Danach war auch die unentgeltliche Ueberlassung an andere strafbar (Goltdammer, Materialien z. Pr. StrGB. Bd. 2 S. 730). Dem § 345^2 Pr. StrGB. folgt nahezu wörtlich der § 367^3 RStrGB., nur, daß er noch das „Feilhalten" hinzufügt; diese Bestimmung bildet die strafrechtliche Ergänzung zu der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901, welche ergangen ist auf Grund des § 6 Abs. 2 RGO.: „Durch Kaiserliche Verordnung wird bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind."

Der Zweck dieser Vorschriften ist in erster Reihe der Schutz des Publikums. Arzneimittel bestimmter Art sollen an Mitglieder des arzneibedürftigen Publikums nur aus Apotheken abgegeben werden, also aus staatlich überwachten, von staatlich geprüften Personen geleiteten, regelmäßig auch staatlich konzessionierten Anstalten. Dadurch soll denjenigen Personen, für welche die Mittel

bestimmt sind, möglichst Gewähr dafür geleistet werden, daß die Arzneien — soweit es sich nicht um fabrikmäßig hergestellte Waren handelt — den Vorschriften entsprechend zubereitet, daß sie angemessen aufbewahrt und unverdorben, in der richtigen Menge abgegeben und zutreffend bezeichnet sind.

Dieser Zweck sowie die Entstehungsgeschichte und der Wortlaut der Vorschrift ergeben den Sinn der Wendung „Ueberlassen an andere". Damit sollte im Gegensatz zu dem als Hauptfall besonders hervorgehobenen „Verkaufen" kein bestimmtes Rechtsgeschäft bezeichnet, vielmehr im allgemeinen jede Einräumung der tatsächlichen Verfügungsgewalt an eine andere Person umfaßt werden. Die notwendige Beschränkung dieses Begriffs ergibt sich aus den Worten „Handel" in § 367 Nr. 3 StrGB. und „Verkehr" in § 6 Abs. 2 RGO. sowie aus dem oben hervorgehobenen Zweck der Vorschrift; es muß ein „Inverkehrbringen", ein Abgeben an ein Mitglied des arzneibedürftigen Publikums, regelmäßig aus hierzu angesammelten Beständen, und zwar ein solches vorliegen, das im Wege des Handels erfolgt oder den Handel zu ersetzen bestimmt ist (Springfeld, Rechte und Pflichten der Drogisten S. 138). Deshalb gehört ein Abgeben innerhalb eines engen, auf persönliche Fürsorge angewiesenen Kreises, z. B. seitens eines Haushaltungsvorstandes an Familienangehörige oder Dienstboten, nicht hierher, und es kann deshalb dem Urteil des Oberlandesgerichts zu Braunschweig vom 23. Juni 1889 (Springfeld a. a. O. S. 151 ff. bes. 154), das auch solche Fälle dem § 367^3 unterwirft, nicht beigetreten werden. Ebenso wenig ist ein Ueberlassen an andere dann anzunehmen, wenn jemand, der für einen andern ein Arzneimittel in Gewahrsam hat, z. B. ein Beauftragter oder Verwahrer, diesem andern, dem Auftraggeber oder Eigentümer, das Mittel aushändigt. Eine weitere Beschränkung findet im Gesetz keinen Anhalt. Deshalb ist jede Abgabe von Arzneimitteln, die eine Personengesamtheit für ihre Mitglieder anschafft, an ein Mitglied ein Ueberlassen an andere, da der als Organ dieser Gesamtheit handelnde Abgeber, der die Verfügungsgewalt bisher hatte, diese zugunsten des einzelnen zum arzneibedürftigen Publikum zu rechnenden Mitgliedes aufgibt, das diese Verfügungsgewalt bisher nicht hatte. Es findet ein Inverkehrbringen statt, das bestimmt ist, den Handel zu ersetzen; der Vorsteher oder Beauftragte der Personengesamtheit hält in Wirklichkeit eine Privat-Apotheke. Die zivilrechtliche Natur der Personenmehrheit und ihr zivilrechtliches Verhältnis zu den Mitgliedern ist hierbei unerheblich. Es kommt insbesondere nicht darauf an, ob diese Personenmehrheiten, wie z. B. die Krankenkassen, juristische Persönlichkeit besitzen, oder ob ihnen diese — wie bei den hier in Betracht kommenden Vereinen — fehlt. Ebenso ist es belanglos, ob die Mitglieder, die aus den Beständen der Personengesamtheit Mittel entnehmen, gleiche Mengen desselben Mittels vorher bestellt haben. Es ist deshalb sowohl die Einschränkung, welche der Strafsenat des Kammergerichts in seinen früheren Entscheidungen machte, als auch die von dem Oberlandesgericht zu Düsseldorf in seinem neuen Urteil aufgestellte nicht haltbar. Mit dieser Auffassung stimmt auch der Vorentwurf zum Strafgesetzbuch überein, der (S. 862 Nr. 6 Abs. 3) unter dem „Ueberlassen an andere" ebenfalls ein Inverkehrbringen versteht, den ersteren Ausdruck aber durch „Abgeben" ersetzt, um noch klarer zu stellen, daß auch die Abgabe von Arzneien seitens der Krankenkassen an ihre Mitglieder hierher gehört.

Der Angeklagte hat somit hier die Arzneien im Sinne des § 367^3 StrGB. „an andere überlassen", da er nach den Feststellungen die Mittel aus den für den Verein angeschafften Beständen den Mitgliedern verabfolgt, also nicht etwa für einzelne Mitglieder erworbene und aufbewahrte Arzneien diesen ausgehändigt hat.

Trotzdem muß das angefochtene Urteil aufgehoben werden. Zunächst ist zu prüfen, ob nicht die Strafverfolgung verjährt ist, da seit dem Eröffnungsbeschluß vom 26. Juni 1912 bis zu der am 5. Oktober 1912 (Bl. 14 der Akten) erfolgten Anberaumung des Hauptverhandlungstermins mehr als 3 Monate verflossen sind und die Verjährung durch die Verfügung vom 5. Juli 1912 (Bl. 12): „Rechtzeitig. Nach 3 Monaten", welche keine gegen den Täter gerichtete Handlung des Richters ist, nicht unterbrochen wurde. Die Strafverfolgung würde daher nur dann nicht verjährt sein, wenn das Landgericht in der Lage ist, eine fortgesetzte Uebertretung festzustellen, deren letzte Akte in nicht rechtsverjährter Zeit, also nach dem 5. Juli 1912, stattgefunden haben.

Die Revision mußte aber noch aus einem anderen Grunde Erfolg haben. Es ist nämlich nicht ersichtlich, warum die vom Angeklagten abgegebenen Mittel den Apotheken vorbehalten sind. Sie gehören nicht zu den im Verzeichnis B aufgeführten Stoffen, und es ist auch nicht ersichtlich, daß es sich um Zubereitungen des Verzeichnisses A handelt. Diese Frage bedarf daher erneuter Prüfung, bei der die Zusammensetzung und Herstellung der einzelnen Mittel festzustellen ist. Somit rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Anpreisung wertloser Heilmittel als Betrug. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 9. Juli 1913.

Der Apotheker Th. in B, der verschiedene „Salben" und einen „Klostertrunk" als Heilmittel gegen Flechten, offene Beine usw. angepriesen und den Käufern auch gesagt hatte, daß diese Mittel zur Heilung ihrer Krankheiten geeignet seien, war vom Landgericht wegen Betruges in 5 Fällen zu 200 Mark Geldstrafe verurteilt, da das Gericht als erwiesen angenommen hatte, daß die Mittel die behauptete Wirkung nicht besitzen und der Angeklagte sich auch der Minderwertigkeit seiner Mittel bewußt gewesen sei, den Käufern also wider besseres Wissen eine höhere Wirkung vorgetäuscht habe. Damit seien die Tatbestandsmerkmale des Betrugs gegeben. Die von dem Verurteilten eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.

Warzen sind keine Krankheit; ihre Beseitigung im Umherziehen daher auch keine Ausübung der Heilkunde im Umherziehen. Begriff „Krankheit", Begriff „Heilmittel" und „kosmetisches Mittel". Handel mit Arzneimitteln im Umherziehen. [1]) Urteil des Obersten Landesgerichts München vom 3. Mai 1913.[2])

1. Die Gerwerbeordnung findet nach ihrem § 6 Abs. I auf die Ausübung der Heilkunde nur so weit Anwendung, als in diesem Gesetze selbst ausdrückliche Bestimmungen darüber enthalten sind.

Unter „Ausübung der Heilkunde" versteht man im allgemeinen die eine

---

[1]) Der Tenor dieses Urteils ist bereits in der Beilage zu Nr. 12 dieser Zeitschrift, 1913, S. 143 mitgeteilt. Die Begründung des Urteils ist aber gerade für die Medizinalbeamten von so großem Interesse, daß eine Wiedergabe des Wortlauts angezeigt erscheint.

[2]) Im vorliegenden Falle hatte die Angeklagte S. für die Jahre 1912 und 1913 vom Stadtmagistrate M. einen Wandergewerbeschein zum Zwecke der Ausübung der Haut- und Schönheitspflege, Vornahme von Hühneraugenoperationen und für den Verkauf der einschlägigen Artikel — Geheimmittel ausgeschlossen — für die Regierungsbezirke Ober- und Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben erhalten. Im Juni 1912 übte sie ihr Gewerbe in N. aus und hatte am Eingange des Gasthauses, in dem sie gewerblich tätig war, ein Schild ausgehängt mit der Ankündigung, daß „sie ohne Messer sofort alle in das Gebiet der Kosmetik gehörenden Warzen, Hauterhöhungen, Muttermale, Mitesser, Blutschwamm, Hühneraugen schmerzlos ohne Aetzmittel entferne"; sie bezeichnete sich in der Unterschrift als „ärztlich ausgebildet". Sie entfernte von der Hand eines 15jährigen jungen Menschen 45 Warzen in der Weise, daß sie die Warzen, um die Haut unempfindlich zu machen, zuerst mit Chlorophyll bespritzte und dann mit einer glühend gemachten Nadel wegbrannte. Hierbei entstanden an zwei Warzenstellen leichte Blutungen. Um diese zu stillen und die durch die Anwendung der Nadel hervorgerufenen Entzündungserscheinungen der Haut rascher zur Heilung zu bringen, streute sie Pulver darauf und bestrich sie mit einer Salbe, die 12,25 % Zinkoxyd, enthielt, das mit einem etwa 2,9 % Wasser enthaltenden Gemisch von Lanolin und Vaselin verarbeitet war. Sie machte den von ihr behandelten jungen Mann und die anderen von ihr behandelten Personen darauf aufmerksam, daß die entzündeten Hautflächen noch eine Zeitlang bestrichen werden mussen, und veranlaßte sie, ihr aus dem bereitgehaltenen Vorrat eine Büchse abzunehmen. Sie war daraufhin wegen Feilhaltens von Arzneimitteln in Ausübung der Heilkunde und Umherziehen, Beilegung eines arztähnlichen Titels, Abgabe nicht freigegebener Mittel angeklagt und von der Strafkammer des Landgerichts zu Geldstrafen auf Grund des § 147 Ziffer 7a der Gewerbeordnung und § 367 Nr. 3 Str.G.B. bestraft.

besondere ärztliche Fachkenntnis voraussetzende Tätigkeit, die auf die Heilung oder oder Linderung von Krankheiten bei Menschen und Tieren gerichtet ist, gleichviel, ob diese Tätigkeit von einem wissenschaftlich gebildeten Arzte oder von einem Laien vorgenommen wird.

Nach § 6 Abs. II der Gewerbeordnung wird durch Kaiserliche Verordnung bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehre zu überlassen sind. Auf Grund dieser Bestimmung wurde die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln (RGBl. S. 380), erlassen. Diese schreibt in § 1 vor:

„Die in dem angeschlossenen Verzeichnisse A angeführten Zubereitungen dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht, als Heilmittel (Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren) außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden.“

Für die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen, gegen die sich die Angeklagte nach der Entscheidung der Strafkammer verfehlt hat, ist daher die Feststellung, was unter „Krankheit“ zu verstehen ist, von wesentlicher Bedeutung.

„Krankheit“ ist der Zustand des Krankseins. Die ursprüngliche Bedeutung von „krank“ war gleich „schlank“, „schmächtig“, „gering“.

In der Folgezeit wurde das Wort „krank“ gleichbedeutend mit „schwach“, „siech“, „leidend“ gebraucht und unter „Krankheit“ die Abweichung aller oder einzelner Organe des Körpers vom normalen, physiologischen Verhalten, wie es zur Erhaltung des gesamten Organismus und seiner vollkommenen Leistungsfähigkeit notwendig ist, verstanden. Kleinere Störungen des normalen Verhaltens eines Organs, die auch bei dem anscheinend Gesündesten sich zeigen, geringfügige äußere Verletzungen werden nach dem allgemeinen Sprachgebrauche nicht als „Krankheit“ bezeichnet.

Daß das Gesetz mit dem Worte „Krankheit“ einen anderen Begriff verbindet, kann nicht angenommen werden, solange sich nicht aus dem Inhalt und dem Zwecke der einzelnen Bestimmungen etwas anderes ergibt . . .

Die Anschauung der Strafkammer, daß jede Abweichung einzelner oder mehrerer Organe des Körpers vom normalen Zustand als Krankheit im Sinne der Gewerbeordnung anzusehen sei und daß eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Organismus nicht notwendige Merkmale einer Krankheit seien, kann daher in dieser Allgemeinheit nicht geteilt werden. Es wird vielmehr stets die Aufgabe des Richters sein, im einzelnen Falle zu untersuchen, ob die Abweichung vom normalen Zustand eine solche ist, daß sie mit einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Organismus oder mit Schmerzgefühl oder doch erheblichen Belästigungen verbunden ist.

Freilich ist nicht zu verkennen, daß es häufig schwer sein wird, die Grenzlinie zwischen krankem und gesundem Zustande zu finden und festzustellen, ob eine Krankheit vorliegt, deren Beseitigung oder Linderung als Ausübung der Heilkunde sich darstellt. Um zu einer zutreffenden Beurteilung zu kommen, wird der Richter den Stand der ärztlichen Wissenschaft, die größere oder geringere Fachkenntnis, die eine sachgemäse Behandlung der Abweichung vom normalen Zustand erfordert und namentlich auch die Erfahrungen des täglichen Lebens und die allgemeine Auffassung zu berücksichtigen haben . . .

Die Strafkammer faßt den Begriff Krankheit zu weit auf. Niemand wird im gewöhnlichen Verkehr einen Menschen, der mit einzelnen Warzen behaftet ist, als „krank“ bezeichnen. Von jeher wurde die Hautpflege, die Kosmetik, in einem Gegensatz zur Behandlung von Krankheiten gebracht. Dabei wurde der Begriff „Hautpflege“ keineswegs auf die Pflege der vollkommen normalen Haut — also insbesondere auf die Schönheitspflege — beschränkt, sondern er wurde auch ausgedehnt auf die Behandlung von Unregelmäßigkeiten, die sich in der Hautbildung zeigen, wie Schwülen, Hornhaut, Hühneraugen, Warzen usw., sofern die Abweichungen von der normalen Beschaffenheit der Haut nicht auf eine tiefer liegende Ursache, eine Erkrankung des Organismus überhaupt, zurückzuführen sind. Daß sogar die Behandlung der Hühneraugen, obwohl sie bei Druck recht schmerzen können, nicht zur Ausübung der Heilkunde zu rechnen ist, wird sowohl in der Rechtsprechung wie in der Rechtslehre anerkannt . . . Können „Warzen“ für sich allein ohne weitere krankhafte Veränderungen des Organismus nicht als „Krankheit“ angesehen werden, so fällt

auch die auf ihre Beseitigung gerichtete Tätigkeit nicht unter das im § 56a Ziff. 1 der Gewerbeordnung ausgesprochene Verbot der Ausübung der Heilkunde im Umherziehen.

Die Strafkammer hat nicht nur die Warzen selbst, sondern auch die Hautbeschaffenheit, wie sie sich nach Beseitigung der Warzen herausgebildet hat, als Krankheit beurteilt, weil sie vom normalen Zustand abwich. Von den beseitigten 45 Warzen des 15jährigen Mannes haben nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nur zwei leicht geblutet, obwohl das innere Warzengewebe sehr leicht blutet . . · Nun werden aber geringfügige, schwach blutende Verletzungen der Haut, die durch eine äußere Einwirkung hervorgerufen werden, nicht ohne weiteres als „Krankheit" bezeichnet. Und das gleiche gilt von einer leichten Entzündung der Haut, die mit einer solchen Einwirkung regelmäßig verbunden ist. Feststellungen, aus denen hervorginge, daß Veränderungen im normalen Gesundheitszustande des jungen Mannes eingetreten sind, wie sie nach obigen Darlegungen zum Wesen einer Krankheit gehören, enthält das Urteil nicht. Es liegen demnach ausreichende Anhaltspunkte für die Vermutung vor, daß die Verurteilung der Angeklagten wegen einer Uebertretung nach § 56a Ziff. 1 der Gewerbeordnung auf der zu weiten Auslegung des Krankheitsbegriffs beruhen könnte.

2. Arzneimittel dürfen nach § 56 Abs. II Ziff. 9 der Gewerbeordnung nicht im Umherziehen feilgeboten werden.

Zu den Arzneimitteln werden zunächst unbestritten die in der Beilage A zur Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, aufgeführten Zubereitungen, wenn sie als Heilmittel feilgeboten werden, sowie die in der Beilage B genannten Stoffe gerechnet. Weiter zu gehen, hält Landmann, Gewerbeordnung § 56, Anm. 13 nicht für veranlaßt. In der Rechtsprechung und in der Rechtslehre werden jedoch überwiegend hierzu auch alle sonstigen Stoffe und Zubereitungen gezählt, die in der medizinischen Wissenschaft und Praxis als Heilmittel gelten, sodann auch alle Mittel, denen beim Handel eine Heilwirkung beigelegt wird, gleichviel, ob ihnen eine solche Wirkung innewohnt oder nicht, so daß es nur darauf ankommt, ob diese Mittel nach ihrer im Verkehr anerkannten Bestimmung als Heilmittel dienen und als solche feilgeboten werden . . . Dieser Auffassung schließt sich auch der erkennende Senat an; sie entspricht dem Zwecke der Bestimmung, die Käufer vor Gefährdungen der Gesundheit wie vor Vermögensbeschädigungen zu bewahren.

Die Annahme der Strafkammer, daß die von der Angeklagten in N. feilgebotene und verkaufte Salbe zu den in Nr. 10 der Anlage A zur Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 genannten Zubereitungen gehöre, ist unbedenklich.

Die Strafsammer stellt auch fest, daß die Angeklagte die Salbe als Heilmittel, d. h. als Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren feilgeboten und verkauft habe. Da jedoch, wie oben ausgeführt, die tatsächlichen Feststellungen nicht ausreichen, um die Möglichkeit auszuschließen, daß die Entscheidung der Strafkammer von der irrigen Auslegung des Krankheitsbegriffs beeinflußt wurde, so kann auch die Verurteilung wegen einer Zuwiderhandlung gegen § 56 Abs. II der Gewerbeordnung nicht aufrecht erhalten werden.

Dabei kann unerörtert bleiben, ob ein Mittel, das lediglich angewendet wird, um bei äußeren Verletzungen Schutz gegen Infektionen zu bieten, als „Arzneimittel" im Sinne dieser Bestimmung angesehen werden kann.

3. Wer ohne polizeiliche Erlaubnis Arzneien, soweit der Handel mit ihnen nicht freigegeben ist, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt, verfällt nach § 367 Nr. 3 des Strafgesetzbuchs der Bestrafung.

Die auf Grund der Ermächtigung in § 6 Abs. II der Gewerbeordnung erlassene Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 bezeichnet die dem freien Verkehr überlassenen Apothekerwaren.

Nach § 1 Abs. II Buchst. a der Kaiserlichen Verordnung dürfen kosmetische Mittel auch als Heilmittel außerhalb der Apotheken verkauft werden, wenn sie nicht die in der Bestimmung näher bezeichneten Stoffe enthalten, die in der von der Angeklagten verwendeten Salbe nicht vorhanden sind. Kosmetische Mittel sind nach der Kaiserlichen Verordnung Mittel zur Pflege der Haut, des Haares oder der Mundhöhle. Ein Mittel ist ein kosmetisches, wenn

es nach der Erfahrung der ärztlichen Wissenschaft und des täglichen Lebens zur Hautpflege usw. verwendbar ist und verwendet wird. Diese Voraussetzungen sind bei einer Zinksalbe gegeben.

Die Ausnahmebestimmung in § 1 Abs. II der Kaiserlichen Verordnung trifft auch dann zu, wenn ein kosmetisches Mittel daneben als Heilmittel verwendet wird.

Aus den Feststellungen des Berufungsgerichts ergibt sich weiter, daß die Angeklagte die Zinksalbe auf keinen Fall zur Heilung von Krankheiten verwendet hat, die mit der Hautpflege etwa nicht im Zusammenhang stünden. Die Verurteilung der Angeklagten wegen einer Uebertretung nach § 367 Nr. 3 des Strafgesetzbuchs ist demnach nicht begründet . . .

Nach Maßgabe der vorstehenden Ausführungen werden sich die neuerlichen Ermittelungen und Feststellungen des Sachverhalts darauf zu erstrecken haben, ob der junge Mann durch die ausgedehnte Warzenbildung und die durch ihre Beseitigung bewirkten Veränderungen der Haut in der Gebrauchsfähigkeit der Hand beeinträchtigt oder doch in erheblichem Grade belästigt wurde . . . Sollte sich ergeben, daß der äußere Tatbestand der Übertretungen nach § 56 Abs. II Ziff. 9 und § 56a Ziff. 1 der Gewerbeordnung vorliegt, so wird weiter zu erörtern sein, ob der Angeklagten die Eigenschaften der Warzenbildung und der durch ihre Beseitigung verursachten Hautveränderungen bekannt waren, die sie als „Krankheit" erscheinen lassen, und ob die etwaige Nichtkenntnis der Angeklagten als strafrechtliches Verschulden angerechnet werden kann. Dabei wird nicht außer acht gelassen werden können, daß die Angeklagte in dem ihr vom Stadtmagistrate ausgestellten Wandergewerbeschein zur Vornahme von Hühneraugenoperationen und zu dem Verkauf einschlägiger Artikel mit Ausnahme von Geheimmitteln ermächtigt ist.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Abführung der Gebühren der Kreisassistenzärzte für amtliche Verrichtungen an die Staatskasse. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. Juli 1913 — M 1929 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach § 33 der Dienstanweisung für die Kreisärzte haben die den vollbesoldeten Kreisärzten beigegebenen Kreisassistenzärzte die Gebühren in demselben Umfange an die Staatskasse abzuführen, wie jene. Diese Bestimmung gilt für alle amtlichen Verrichtungen, die sie im Dienstbereiche des Kreisarztes vornehmen. Da die Tätigkeit als Sachverständiger vor Gerichten in § 24 Abs. 4 a. a. O. ausdrücklich als solche bezeichnet ist, so fließen die Gebühren in die Staatskasse, auch wenn ein besonderer Auftrag nicht vorliegt ode einer ausdrückliche Vertretung des Kreisarztes nicht stattfindet.

Unzulässigkeit von Bezeichnungen wie „Portil", „red Pord" usw. für andere aus dem Dourogebiete stammende Weine. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Juli 1913 — M 6584 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei verschiedenen Behörden und Weinkontrolleuren scheint noch die Meinung verbreitet zu sein, daß Bezeichnungen wie „Portil", red Port", „white Port", „royal Port", „Portoletta" für andere als aus dem Dourogebiete stammende Weine nicht zu beanstanden sei, sofern die Art der Anbringung keinen Irrtum über die Herkunft des Weines zulasse. Solche Bezeichnungen verstoßen indessen, selbst wenn jede Täuschung des Publikums als ausgeschlossen gelten kann, gegen Sinn und Wortlaut der Ziffer 4 des Schlußprotokolls zu Artikel 4 und 5 des deutsch-portugiesischen Handelsvertrages (Reichs-Gesetzbl. von 1910, S. 696): „Um im inneren Verkehr des Deutschen Reichs zu verhindern, daß Weine unter der Bezeichnung Portwein oder Madeirawein zum Verkauf kommen, die nicht Erzeugnisse der betreffenden portugiesischen Bezirke des Douro und der Insel Madeira und nicht über die Häfen von Porto und Funchal mit Ursprungs- und Reinheitszeugnissen der zuständigen portugiesischen Behörden verschafft worden sind, sollen für den inneren deutschen Verkehr die Namen Porto (Oporto, Portwein oder ähnliche Zusammensetzungen) und Madeira (Madeirawein oder ähnliche Zusammensetzungen) für die obengenannten und in

den betreffenden portugiesischen Bezirken des Douro und der Insel Madeira erzeugten Weine als Ursprungsbezeichnungen im strengen Sinne anerkannt werden. Es wird folglich im inneren Verkehre des Reichs der Verkauf von Weinen, die nicht Erzeugnisse der betreffenden portugiesischen Bezirke sind, unter der Bezeichnung Porto (Oporto, Portwein oder ähnliche Zusammensetzungen) nach Maßgabe der deutschen Gesetze als Zuwiderhandlung angesehen und verfolgt."

Gegenüber dieser mit Gesetzeskraft ausgestatteten Vorschrift kommt es nicht in Betracht, ob eine Bezeichnung der besprochenen Art etwa in die Zeichenrolle des Patentamts eingetragen ist. Dabei macht es auch keinen Unterschied, ob die Eintragung vor oder nach dem Inkrafttreten des Weingesetzes und des deutsch-portugiesischen Handelsvertrags stattgefunden hat.

Ich ersuche ergebenst, die Nahrungsmitteluntersuchungsämter, hauptberuflichen Weinkontrolleure und sonstigen beteiligten Stellen gefälligst in geeigneter Weise hierauf aufmerksam zu machen.

Vorkommen von Bilsenkrautsamen in russischem Mohne. Erlaß des Ministers des Innern vom 11. Juli 1913 — M 6700 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach einem Gutachten des österreichischen Obersten Sanitätsrats (abgedruckt in „Das österreichische Sanitätswesen", 1912, Nr. 3) sind in Ungarn aus Rußland eingeführte Mohnsorten des Handels zu etwa 65 v. H. der Fälle mit Bilsenkrautsamen verunreinigt gefunden worden, und zwar betrug die Verunreinigung in einzelnen Proben bis zu 2,15 Gewichtsprozenten. Da in manchen Gegenden Preußens Mohn bei der Herstellung von Gebäck und anderen Speisen in größeren Mengen verwendet wird, so würde auch für Deutschland eine Gefahr vorliegen, falls derartiger russischer Mohn zu Genußzwecken eingeführt würde. Ich habe deshalb eine Anzahl von den Zollämtern gelegentlich entnommenen und hierher eingelieferten Proben russischen Mohns in der Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalt beim hiesigen Polizei-Präsidium untersuchen lassen. Nach dem Ergebnisse der Untersuchung, welches auch in einer Abhandlung von Griebel und Jakobsen: „Ueber Bilsenkrautsamen enthaltenen russischen Mohn" (in der „Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel 1913, Bd. 25 S. 552) veröffentlicht ist, waren in 3 von 36 untersuchten Mohnproben Bilsenkrautsamen bis zu 0,32 Gewichtsprozenten vorhanden.

Auch von dem Chemischen Untersuchungsamt der Stadt Breslau wurde in verschiedenen Proben nach dem Jahresberichte für das Jahr 1909 Bilsenkrautsamen und zwar bis zu 0,31 Gewichtsprozenten gefunden.

Ebenso hat das Kaiserliche Gesundheitsamt in einer von 5 untersuchten Mohnproben Bilsenkrautsamen in Menge von 0,006 Gewichtsprozenten festgestellt.

Mit Rücksicht auf diese Funde und unter Hinweis auf eine Arbeit von A. v. Degen, Vorsteher der Königlich Ungarischen Samenkontrollstation in Budapest: „Bilsenkrautsamen im Mohne" (in der „Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel"; 1910, Band 19, S. 705—719) habe ich den Direktor des hiesigen Pharmakologischen Instituts, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heffter zu einer gutachtlichen Aeußerung veranlaßt. Nach dem Inhalte seines am 31. Januar 1913 erstatteten Gutachtens würde ein Gehalt von 0,05 v. H. Bilsenkrautsamen im Mohn im allgemeinen die Grenze darstellen, bei der die Gesundheitsschädlichkeit beginnt. Ein Gehalt von 0,1377—0,32 Gewichtsprozenten, wie er von den Untersuchungsämtern in Berlin und Breslau gefunden worden ist, übersteigt also diese Menge um das Mehrfache und würde daher geeignet sein, bei der in manchen Gegenden üblichen Art des Genusses von Mohn die menschliche Gesundheit zu schädigen.

Daß übrigens Gesundheitsschädigungen durch mohnhaltige Speisen schon vorgekommen sein dürften, wird durch zwei in Beuthen vorgekommene Erkrankungsfälle, darunter einen mit tödlichem Ausgange, wahrscheinlich, wenn auch in diesen Fällen der Nachweis fehlt, daß der genossene Mohn Bilsenkrautsamen enthielt.

Von einer Seite wird allerdings angegeben, daß der russische Mohn neuerdings einem Reinigungsverfahren durch Sieben unterworfen wird.

Mit Rücksicht auf die Giftigkeit des Bilsenkrautsamens und auf die Gesundheitsschädigungen, die durch den Genuß damit verunreinigten Mohns entstehen können, ist es von Wichtigkeit, daß die Nahrungsmittel-Unter-

suchungsanstalt dieser Angelegenheit ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Ich ersuche daher ergebenst, die Anstalten demgemäß anzuweisen; in ihren Jahresberichten haben sie über ihre Beobachtungen auf diesem Gebiete eingehende Angaben zu machen.

B. Königreich Bayern.

Gesundheitssauger mit Nährpatronen. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 15. Juli 1913.

Die Firma A. Wasmuth in Hamburg bringt einen von Dr. med. Wasmuth empfohlenen Gesundheitssauger mit Nährpatronen für Säuglingen in den Handel, der auch in Bayern verkauft wird. Der Sauger besteht aus einem gewöhnlichen mehrfach durchlochten Gummisauger, in den die Nährpatrone gesteckt wird. Die Bestandteile der Nährpatronen bilden Honig, Milchzucker, Arrowrot, phosphorsaurer Kalk, kondensierte Mich, Butter und Raffinadestoffe. Durch den Gebrauch des Gummisaugers sollen nach dem beigelegten Prospekte die Zahnbildung gefördert und die Knochen gestärkt werden.

Nach amtsärztlichen Gutachten geht der Inhalt der Nährpatrone leicht Veränderungen ein und bildet dann eine Brutstätte für Bakterien, die für die Gesundheit und das Leben der Säuglinge gefährlich werden müssen. Die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern hat sich diesem Gutachten nach Anhörung ihres wissenschaftlichen Beirats angeschlossen und beigefügt, daß die beim Gebrauche des Saugers versprochene Förderung der Zahnbildung und der Stärkung der Knochen nicht zu erwarten sei. Es besteht daher Anlaß, vor dem Gebrauche dieses Gesundheitssaugers zu warnen.

C. Königreich Sachsen.

Typische Serumerkrankungen nach Gebrauch von Diphtherie-Heilserum. Vermerk der Kontrollnummer des Serums seitens der Aerzte. Rundschreiben des Königlich Sächsischen Landes-Gesundheitsamts vom 10. Juli 1913 an sämtliche Vorsitzende der ärztlichen Bezirksvereine.

Bei Erörterungen über mehrere Fälle typischer Serum-Erkrankungen nach dem Gebrauche von Diphtherie-Heilserum hat es sich als ein wesentlicher Mangel herausgestellt, daß der behandelnde Arzt die Kontrollnummer des in einzelnen Fällen von ihm verwendeten Serums nicht anzugeben vermochte. Letzteres war um so auffallender, als die Erörterungen auf Antrag des behandelnden Arztes erfolgten und dieser auch Anträge auf Einziehung von Serum damit verbunden hatte.

Das Landes-Gesundheitsamt ist nun der Meinung, daß bei jedweder Unregelmäßigkeit nach Anwendung irgendeines Serums der Verlust der Kontrollnummer des betreffenden Fläschchens den behandelnden Arzt am wesentlichsten berührt; er ist an der Feststellung derselben am meisten interessiert, da er die Verantwortung für die Behandlung zunächst trägt. Jede Rechtfertigung seinerseits hat immer die Nennung der Kontrollnummer des im betreffenden Falle verwendeten Serums zur notwendigen Voraussetzung.

Nun gedenkt zwar das Landes-Gesundheitsamt, um die Feststellung der Kontrollnummer möglichst sicher zu stellen, das Königliche Ministerium des Innern zu ersuchen, anzuordnen, daß in den Apotheken des Landes bei Abgabe eines Heilserums die Kontrollnummer des oder der betreffenden Fläschchen im Rezeptjournal vermerkt wird. Das Landes-Gesundheitsamt hält es aber zur weiteren Sicherung des Festhaltens der Kontrollnummer für unbedingt erforderlich, daß auch der behandelnde Arzt diese Nummer oder, falls eine Kontrollnummer nicht angegeben ist, die Operationsnummer für jeden einzelnen Kranken und jede Injektion so festhält, daß er sie stets anzugeben in der Lage ist. Das Landes-Gesundheitsamt ist der Meinung, daß der Arzt zu einer solchen Sorgfalt sowohl im eigenen Interesse, als in demjenigen seiner Kranken verpflichtet ist, wie auch bei Impfungen die Nummer der verwendeten Lymphe vom Impfarzte in der Impfliste stets vermerkt wird.

Sie werden ersucht, Vorstehendes in einer Sitzung des ärztlichen Bezirksvereins bekanntzugeben.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 17. **5. September.** 1913.

Rechtsprechung.

Berechtigung des Krankenkassenvorstandes zur Anordnung der Krankenhausbehandlung eines Kassenmitgliedes. Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts (VII. Z.-S.) vom 28. März 1913.

Der Entscheidung des Landgerichts, daß die Beklagte berechtigt war, auch ohne Zustimmung der Klägerin ihre Unterbringung im Krankenhause anzuordnen, ist beizustimmen. Die Entscheidung hierüber steht an sich der Beklagten zu; sie ist jedoch vom Gericht nachzuprüfen und der Klägerin zuzugeben, daß im Bestreitungsfalle die Beklagte beweisen muß, daß die Voraussetzungen für die Ueberweisung an das Krankenhaus vorgelegen haben. Diesen Beweis hat aber die Beklagte in vollem Umfange erbracht; denn die Krankenkassenärzte haben sich in durchaus überzeugender und schlüssiger Weise dahin ausgesprochen, daß eine Krankenhausbehandlung der an Kniegelenkentzündung erkrankten Klägerin erforderlich gewesen sei, weil ihr Zustand eine fortgesetzte Beobachtung erfordert habe. Die gegen diese gutachtlichen ärztlichen Aeußerungen geltend gemachten Einwände sind nicht stichhaltig. Daß Dr. L., der die Klägerin nur zweimal in seiner Sprechstunde gesehen hat, kein solch gründliches Urteil über ihren Zustand fällen kann, wie die Aerzte, die sie monatelang behandelt haben, liegt auf der Hand. Vollends aber kann die Beklagte sich nicht mit Erfolg darauf berufen, daß ihr Leiden tatsächlich auch ohne Krankenhausbehandlung geheilt worden sei; denn die Berechtigung der Kasse zur Anordnung der Krankenhauspflege darf nicht nach dem späteren Verlauf der Krankheit, sondern ausschließlich nach dem zurzeit der Krankenhausanweisung obwaltenden Umständen beurteilt werden. War zu diesem Zeitpunkt die Anordnung der Krankenhausbehandlung eine berechtigte, dann kann der Erkrankte, wenn er hierauf nicht eingegangen ist, sich hinterher nicht darauf berufen, daß nach dem Krankheitsverlaufe die Annahme sich rechtfertige, es hätte auch in der Familie der Anforderungen in bezug auf Kur und Verpflegung mit dem gleichen Ergebnisse wie im Krankenhause genügt werden können. Im vorliegenden Falle war jedenfalls die Beklagte auf Grund des Gutachtens ihrer Aerzte berechtigt, die Ueberweisung der Klägerin an das Krankenhaus anzuordnen. Da die Klägerin dieser Anordnung nicht Folge geleistet hat kann sie für die Zeit, da die Krankenhausbehandlung angeordnet war, irgendwelche Ansprüche gegen die Beklagte nicht erheben. Die Berufung ist deshalb zu verwerfen. (Sächsische Korrespondenz.)

„Invert-Farbzucker dunkel" ist ein unzulässiger Bierzusatz. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 8. Juli 1913.

Gemäß der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ist als Farbmittel im technischen Sinne ein durch Erhitzung von Zucker gewonnenes Mittel zum Färben zu betrachten. Dieser Feststellung widersprechen die Ausführungen des Angeklagten. Daß dieser dem gebrannten Karamelzucker eine Zuckerlösung zugefügt habe, sei von der ersten Instanz festgestellt. Dennoch nehme das Landgericht an, daß trotz des Süßgehalts der Zweck des Produkts nicht die Süß-, sondern die Farbwirkung sei. Diese Auffaßung des Landgerichts, daß mangels einer bedeutenden Süßkraft keine Süßwirkung verfolgt werde, widerspreche aber dem Willen des Gesetzes und dem Begriff des Farbmittels.

(Sächsische Korrespondenz.)

Ausstellen in Schaufenstern von Heil- und Geheimmitteln, auf deren Umhüllungen reklamehafte Anpreisungen angebracht sind, stellt eine unzulässige Ankündigung dar, für die auch der Fabrikant verantwortlich gemacht werden kann, wenn sie mit sein Wissen und Willen erfolgt. Urteil des Oberlandesgerichts in Dresden vom 16. Mai 1913.

Menstruationstropfen (Thalysia) sind als Destillat dem freien Verkehr überlassen. Urteil des Oberlandesgerichts in Dresden vom 16. April 1913.

Desinfektionsmittel sind Mittel, die bestimmt sind, schädliche Krankheitskeime zu beseitigen. Die Abgabe von Chinalin als solches ist gestattet. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 24. April 1913.

Blutreinigungstee, der ein Gemenge zerkleinerter Substanzen darstellt, darf außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 24. April 1913.

Diachylon-Wundpuder darf auch als kosmetisches Mittel wegen seines Bleigehaltes nicht feilgehalten werden (Zuwiderhandlung gegen das Farbengesetz vom 5. Juli 1887). Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Juni 1913.

Kola Dultz ist als Heilmittel dem freien Verkehr entzogen (a); als Vorbeugungsmittel dagegen freigegeben (b). Urteil des Preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 22. Mai 1913 (a) und des Oberlandesgerichts in Hamm vom 1. Oktober 1912 (b).

Laxin- und Vincokonfekt sind nur dann dem freien Verkehr nicht überlassen, wenn sie als Heilmittel gegen Krankheiten vertrieben werden. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Juni 1913.

Coryfinbonbons sind als Zeltchen (Pastillen) im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 anzusehen und demnach als Heilmittel dem freien Verkehr nicht überlassen. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Juni 1913.

Bioglobin ist als ein flüssiges Gemisch im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 anzusehen und demzufolge als Heilmittel für Bleichsüchtige oder Nervenkrankheiten nicht freigegeben. Urteil des Obersten Landesgerichts in München (Str.-S.) vom 24. Juni 1913.

Carizin[1]) ist als nicht freigegebenes Heilmittel anzusehen und darf daher in den Bezirken, in denen die öffentliche Ankündigung nicht frei-

---

[1]) Das Mittel besteht aus Feigensirup, Sennesblätterauszug und einem aromatischen Elixir. Es war als „idealstes Abführmittel der Neuzeit, unbedingt sicherer Erfolg ohne Nebenbeschwerden usw.“ angekündigt worden; in dieser Form der Ankündigung hatte der Vorderrichter eine solche „als Mittel zur Beseitigung auch chronischer, bereits zu einem Krankheitszustande vorgeschrittener Stuhlverstopfung“ erblickt und somit das Mittel **nicht als** Vorbeugungs-, sondern als Heilmittel angesehen.

gegebener Arzneimittel durch Polizeiverordnung usw. untersagt ist, nicht angekündigt werden. Urteil des preuß. Kammergerichts (F.-S.) vom 4. August 1913.

---

§ 12 des Impfgesetzes stellt lediglich eine Kontrollmaßregel, aber noch keine Anordnung dar, deren Unterlassung strafbar ist. Urteil des Obersten bayerischen Landesgerichts vom 5. April 1913.

. . . Auf die Frage der Zulässigkeit der wiederholten Verurteilung nach § 14 Abs. 2 und auf die Frage, ob die Verurteilung der Angeklagten auf der Verletzung des Grundsatzes ne bis in idem beruhe, kommt es jedoch in dem der Entscheidung unterstellten Falle gar nicht an, weil die Vorinstanzen den Unterschied der Tatbestände des § 14 Abs. 1 und 2 verkannt haben.

In dem Urteile des Strafsenats vom 8. November 1906 ist bereits auf den Unterschied der beiden Tatbestände hingewiesen und ausgeführt worden, daß die amtliche Aufforderung nach dem § 14 Abs. 2 die Erfüllung der bestehenden gesetzlichen Pflicht zur Vornahme der Impfung bezweckt, das im § 14 Abs. 1 bezeichnete amtliche Erfordern dagegen erst die Verpflichtung zur Beibringung des Nachweises im Sinne des § 12 begründet, sonach lediglich dem Zwecke dient, die Durchführung des Impfgeschäfts möglichst zu sichern, also nur die Eigenschaft einer Kontrollmaßregel hat.

In dem § 12 wendet sich das Gesetz an die Eltern der nicht in einer Schulanstalt befindlichen, impfpflichtigen Kinder, im § 13 an die Vorsteher derjenigen Schulanstalten, in denen sich impfpflichtige Kinder befinden, in beiden Fällen zu dem gleichen Zwecke, nämlich um den Behörden, die ein Wissen von der erfolgten Impfung noch nicht haben, durch Mitteilung seitens der Aufgeforderten die Kenntnis darüber zu verschaffen, ob die Impfung erfolgt ist oder nicht.

Im § 13 ist dies in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise durch die Satzwendung ausgedrückt, ob die gesetzliche Impfung erfolgt oder aus welchem Grunde sie unterblieben ist.

Etwas anderes will auch der § 12 nicht; beide Vorschriften sind lediglich Kontrollmaßregeln und enthalten nicht eine Aufforderung zur Nachholung der Impfung.

Würde die Fassung des § 12 „den Nachweis zu führen, daß die Impfung erfolgt ist", die von den Vorinstanzen ihr beigelegte Bedeutung haben, daß der Nachweis der erfolgten Impfung bei Vermeidung der Bestrafung nach dem § 14 Abs. 1 geliefert werden müsse, so würde die Vorschrift des § 12 mit § 14 Abs. 1 und die Vorschrift des § 14 Abs. 2 mit § 4 die gleiche Strafnorm mit verschiedener Strafsatzung enthalten; eine derartige Unterstellung darf dem Gesetzgeber nicht zugemutet werden. Bei dem Gebrauche des Wortes „daß" in § 12 ging der Gesetzgeber von der Annahme aus, daß die Impfung erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grund unterblieben ist; hierfür verlangt er den Nachweis. Selbstverständlich kann der Angeforderte den Nachweis nicht liefern, wenn das Kind nicht geimpft ist; würde man der Annahme der Vorinstanzen folgen, müßte man von dem Aufgeforderten etwas Unmögliches verlangen.

Dadurch, daß dem Aufgeforderten eine Frist zur Beibringung des Nachweises gesetzt ist, ist ihm die Möglichkeit gegeben, noch innerhalb der Frist das Kind impfen zu lassen oder ein ärztliches Zeugnis über die Unmöglichkeit der Impfung sich zu verschaffen und so den verlangten Nachweis zu liefern; eine Aufforderung zur Impfung im Sinne des § 14 Abs. 2 mit § 4 liegt aber hierin nicht.

Demnach wird durch die Vorschrift des § 12 nichts anderes bezweckt, als daß den Behörden durch die Aufgeforderten zur Kenntnis gebracht werden soll, daß — durch Vorlage des Impfscheines oder eines ärztlichen Zeugnisses — die Impfung erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grund unterblieben ist oder daß das Kind aus einem vom Gesetze nicht gebilligten Grunde nicht geimpft worden ist oder die Vornahme der Impfung überhaupt verweigert wird.

Durch die Vorschrift des § 14 Abs. 1 soll der Aufgeforderte gezwungen werden, eine Erklärung abzugeben.

Gibt der Aufgeforderte eine Erklärung nicht ab weder nach der einen noch nach der anderen Richtung, setzt er mithin dem amtlichen Erfordern (§ 12) Ungehorsam entgegen, so tritt die Strafe des § 14 Abs. 1 ein. Läßt der Aufgeforderte die ihm etwa nach § 12 gestreckte Frist fruchtlos verstreichen, so ist damit die Strafe des § 14 Abs. 1 noch nicht verwirkt; er kann dem Erfordern auch nach dem Ablaufe der Frist noch nachkommen und zwar straflos so lange, als das Strafverfahren noch nicht eingeleitet ist.

Wird mithin dem amtlichen Erfordern (§ 12) rechtzeitig, d. i. vor der Einleitung des Strafverfahrens nach dem § 14 Abs. 1 Folge geleistet, so ist einerseits eine Bestrafung nach § 14 Abs. 1 ausgeschlossen, anderseits die Behörde in der Lage, ihre weiteren Maßnahmen zu treffen.

Lautet die Erklärung dahin, daß die Impfung — selbstverständlich ohne gesetzlichen Grund — nicht erfolgt ist oder nicht erfolgen wird, so wird die Behörde Veranlassung nehmen, die Pflichtigen auf Grund des § 4 des Impfgesetzes zur Nachholung der Impfung innerhalb der zu setzenden Frist aufzufordern und im Nichtbefolgungsfalle das Strafverfahren nach dem § 14 Abs. 2 des Gesetzes einzuleiten.

Daß die Behörde berechtigt ist, nach rechtskräftig abgeurteilter Sache je nach Lage der Sache neuerdings und wiederholt auf Grund des § 14 Abs. 1 oder Abs. 2 gegen die Säumigen vorzugehen, ist bereits oben erörtert worden.

Selbstverständlich ist, daß das amtliche Erfordern nach dem § 14 Abs. 1 nicht die amtliche Aufforderung nach dem § 14 Abs. 2 ersetzen kann und umgekehrt (Goltdammers Archiv, Bd. 40, S. 277 letzter Absatz); die beiden Tatbestände sind stets scharf auseinanderzuhalten, außer aus obigen Erwägungen ergibt sich auch aus der verschiedenen Höhe der angedrohten Strafen die Verschiedenheit der Tatbestände.

Die am 26. Juni 1912 an die Angeklagte ergangene Aufforderung der zuständigen Behörde ist dem Wortlaute der §§ 12 und 14 Abs. 1 des Impfgesetzes angepaßt.

Dadurch wurde die Angeklagte aufgefordert, entweder den Impfschein oder ein die dauernde oder vorläufige Befreiung von der Impfung bestätigendes ärztliches Zeugnis (§ 10 des Gesetzes) vorzulegen oder zu erklären, daß die Impfung aus einem anderen Grund unterblieben ist.

Die Angeklagte hat zwar nicht innerhalb der ihr vorgesetzten vierzehntägigen Frist, wohl aber noch am 6. September 1912 gegenüber einem Polizeibeamten die Erklärung abgegeben, daß sie ihre an sich gesunden Kinder unter keinen Umständen impfen lassen werde. Ob die Erklärung mündlich oder schriftlich erfolgt, ist gleichgültig; ausschlaggebend ist, daß überhaupt der Behörde gegenüber eine Erklärung abgegeben worden ist. Damit war dem nach § 12 erfolgten amtlichen Erfordern genügt. Da zu dieser Zeit (6. September) das Strafverfahren noch nicht eingeleitet war, war für eine Strafverfolgung nach dem § 14 Abs. 1 kein Raum mehr. Die Verurteilung nach dieser Gesetzesstelle ist daher zu Unrecht erfolgt.

Die Polizeibehörde hätte vielmehr, nachdem sie durch die Erklärung der Angeklagten vom 6. September 1912 davon Kenntnis erhalten hatte, daß dem Impfgesetze zuwider die Impfung nicht erfolgt ist, Veranlassung nehmen können, die Angeklagte unter Vorsetzung einer Frist zum Nachholen der Impfung (§ 4) aufzufordern und im Weigerungsfalle das Strafverfahren nach dem § 14 Abs. 2 einleiten zu lassen.

Da dieses nicht geschehen ist, konnte auch eine Bestrafung nach dem § 14 Abs. 2 nicht erfolgen.

Für eine Verurteilung nach § 14 Abs. 1 fehlten somit die rechtlichen, nach § 14 Abs. 2 die tatsächlichen Voraussetzungen.

Aus diesen Erwägungen mußte das angefochtene Urteil aufgehoben und die Angeklagte von der Anklage zweier Zuwiderhandlungen gegen das Impfgesetz freigesprochen werden.

Durch diese Entscheidung ist die Polizeibehörde nicht gehindert, auf Grund der §§ 4 und 14 Abs. 2 des Impfgesetzes gegen die Angeklagte vorzugehen.

Feststellung der Impffähigkeit eines Kindes durch den Impfarzt beim Vorliegen eines zweifelhaften ärztlichen Attestes. Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgericht (IX. Sen.) vom 18. Juni 1913.

Die angefochtene Verfügung[1]) ist auf Grund des § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 erlassen worden, welcher lautet:

„Ob diese Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§ 6) endgültig zu entscheiden."

Der Streit dreht sich um die Frage, ob hier ein zweifelhafter Fall im Sinne dieser Bestimmung vorliegt. Der Kläger verneint dies unter Berufung auf das ärztliche Zeugnis des Dr. S. vom 9. Dezember 1910, in welchem die Befreiung des Kindes von der Impfung bis zum Jahre 1913 ausgesprochen ist. Er ist der Ansicht, daß auf ein den Vorschriften in § 10 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes entsprechendes ärztliches Zeugnis die Impfung bis zu dem darin angegebenen Zeitpunkt zu unterbleiben habe und erst dann, wenn über diesen Zeitpunkt hinaus die Fortdauer der Impfgefahr im Zweifel sei, ein Zweifelsfall im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes gegeben sei und die Entscheidung des Impfarztes herbeigeführt werden dürfe. Diese Ansicht findet jedoch im Gesetz keine Stütze. Das Reichsimpfgesetz hat im § 1 bestimmte Fristen für die Impfung gesetzt. Danach soll der Impfung mit Schutzpocken jedes Kind, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnis die natürlichen Blattern überstanden hat, vor dem Ablauf des nach seinem Geburtsjahre folgenden Kalenderjahres unterzogen werden. Sobald diese Frist abgelaufen ist, beginnt die Kontrolle der zuständigen Behörde darüber, ob der Impfpflicht genügt worden ist. Dieser Kontrolle dienen die im § 10 a. a. O. genannten ärztlichen Zeugnisse. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll ein diesen Vorschriften entsprechendes ärztliches Zeugnis zum Beweise dafür dienen, daß die Impfung innerhalb der gesetzlichen Frist (§ 1 des Gesetzes) aus einem gesetzlichen Grunde unterblieben ist (§ 12 a. a. O.). Eltern, Pflegeeltern oder Vormünder, die ein solches ärztliches Zeugnis vorweisen, unterliegen nicht der Strafbestimmung in § 14 a. a. O. Dies ergibt sich aus den Bestimmungen in § 2 Abs. 1, § 10, § 12 und § 14 a. a. O. Dagegen ist aus dem Gesetz nicht zu entnehmen, daß ein solches ärztliches Zeugnis auch einen gültigen Nachweis für die Dauer der in ihm bescheinigten Impfgefahr erbringen sollte. Eine positive Vorschrift in dieser Beziehung enthält das Gesetz nicht, und § 2 daselbst spricht gegen die Annahme, daß der Gesetzgeber der Vorschrift über den Inhalt des ärztlichen Zeugnisses in § 10, wonach darin anzugeben ist, auf wie lange die Impfung unterbleiben dürfe, eine solche Bedeutung habe beilegen wollen. Denn für die Frage, wann die Impfung nachzuholen sei, ist die Bestimmung in § 2 maßgebend, wonach es auf das Aufhören des die Gefahr begründenden Zustandes, also auf ein objektives Moment, nicht auf ein ärztliches Gutachten ankommt. Der Zeitpunkt, wann der Gefahrzustand aufhört, kann im voraus niemals mit unbedingter Sicherheit festgestellt, sondern nur auf Grund der Erfahrungen und Kenntnisse der ärztlichen Wissenschaft als mehr oder minder wahrscheinlich angenommen werden. Schon aus diesem Grunde kann dem ärztlichen Zeugnisse nach § 10 des Gesetzes, welches angibt, wie lange die Impfung unterbleiben darf, nicht diejenige rechtliche Bedeutung beigelegt werden, die der Kläger ihr beimißt.

---

[1]) Die Verfügung des Polizeipräsidenten in F. vom 19. Juli 1911 hatte folgenden Wortlaut:

„Nach dem ärztlichen Attest des Dr. S. vom 9. Dezember 1910 soll Ihr Kind Alfred, geboren 14. Oktober 1908, an Hautausschlag und Drüsenanschwellungen des Halses leiden und ohne Gefahr bis 1913 nicht geimpft werden können.

Ob der in dem nächsten Attest des Dr. S. bescheinigte Zustand noch fortbesteht, sehe ich als zweifelhaft an.

Ich fordere Sie daher gemäß § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes auf, innerhalb 14 Tagen, vom Tage der Zustellung ab gerechnet, Ihr Kind Alfred zwecks Untersuchung auf seinen Gesundheitszustand dem zuständigen Impfarzt Herrn Kreisarzt Dr. W. hier, B.straße 89, in der Zeit von 3—4 Uhr nachmittags vorzustellen, welcher von mir in Kenntnis gesetzt worden ist, widrigenfalls die zwangsweise Vorführung des Kindes erfolgen wird."

Daß der § 2 Abs. 2 nicht in dem Sinne zu verstehen ist, daß ein zweifelhafter Fall der dort bezeichneten Art so lange nicht gegeben sei, als die Zeit, die in dem ärztlichen Zeugnis für das Unterbleiben der Impfung angegeben wird, nicht abgelaufen ist, zeigt auch seine Entstehungsgeschichte. Diese Bestimmung ist auf Vorschlag der freien Kommission dem Entwurf des Impfgesetzes vom Reichstag zugefügt worden, „damit — wie der Berichterstatter Dr. Löwe ausführte — die Kontrolle über das Impfen nun auch wirksam ausgeführt werden kann“ (cfr. Stenographische Berichte des Reichstags 2. Legislaturperiode I. Session 1874 Bd. I S. 241). Warum dies für notwendig erachtet wurde, ergeben die weiteren Ausführungen des Berichterstatters ebenda:

„Wenn wir die Sache so stehen lassen, wie sie in der Regierungsvorlage steht, ohne diesen Zusatz, so werden die Impfärzte wie alle amtlich an dem Geschäfte Beteiligten immer mit vielen Hin- und Herziehen bei den Behörden zu tun haben, weil niemand da ist, der die letzte Entscheidung im streitigen Falle gibt. Die soll der Impfarzt geben.“

Also zum Zwecke einer wirksamen Kontrolle über das Impfen soll die letzte Entscheidung im streitigen Falle dem zuständigen Impfarzt zustehen. Daß ein streitiger Fall nur dann gegeben sein soll, wenn das ärztliche Zeugnis die Frage, ob die Gefahr für die Impfung des Kindes noch fortbestehe, zweifelhaft läßt, ist aus diesen Ausführungen nicht zu entnehmen. Eine solche Annahme würde vielmehr mit dem Zwecke, welcher nach den Darlegungen des Berichterstatters mit der Hinzufügung des Abs. 2 zu § 2 des Entwurfs der verbündeten Regierungen verfolgt wurde, nicht vereinbar sein. Denn es liegt auf der Hand, daß von einer wirksamen Kontrolle über das Impfen, also über die Durchführung des Gesetzes, keine Rede sein kann, wenn jedes ärztliche Zeugnis über die Dauer der Gefahr — also z. B. wenn bei einem unbedeutenden und voraussichtlich vorübergehenden Krankheitszustand diese Dauer auf 10 Jahre angegeben wird — bedingungslos zu respektieren wäre, sofern es nicht selbst Zweifel über die Fortdauer ausspricht oder der Tatbestand des § 278 des Reichsstrafgesetzbuches vorliegt. Demnach sind nach Wortlaut und Sinn der Bestimmung in § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes die gesetzlichen Voraussetzungen für die dort vorgeschriebene Entscheidung des zuständigen Impfarztes gegeben, wenn bei Prüfung der in Betracht kommenden Verhältnisse ein Zweifel darüber begründet erscheint, ob die Gefahr, die nach ärztlichem Zeugnis einen vorläufigen Befreiungsgrund von der Impfung gebildet hat, für das Leben oder die Gesundheit des impfpflichtigen Kindes noch fortbesteht, gleichviel ob das ärztliche Zeugnis sich für die Fortdauer der Gefahr ausspricht oder nicht. In diesem der Ansicht des Klägers entgegengesetzten Sinne hat sich auch das Reichsgericht in seiner Entscheidung vom 16. Oktober 1890 ausgesprochen, wo ausgeführt wird, daß die Polizeibehörde auch innerhalb der Zeit, welche ein beliebiger Arzt nach Maßgabe des § 10 Abs. 2 im voraus bezeichnet, den Fall als einen zweifelhaften ansehen und die Vorführung des Kindes vor den Impfarzt zur Entscheidung darüber, ob die Gefahr noch fortbestehe, anordnen darf (cfr. Goltdammer, Archiv für Strafrecht, 39. Jahrgang S. 369 Anm.).

Kann hiernach der Auslegung, die der Kläger dem § 2 Abs. 2 gibt, nicht beigetreten werden, so bleibt zu prüfen, ob hier der Fall als zweifelhafter im Sinne dieser Gesetzesvorschrift anzusehen ist. Diese Frage unterliegt der Nachprüfung im Verwaltungsstreitverfahren; denn das Gesetz macht die Entscheidung des Impfarztes von dem Vorhandensein eines zweifelhaften Falles abhängig. Daraus folgt, daß eine polizeiliche Verfügung, die auf Herbeiführung dieser Entscheidung gerichtet ist, nur dann die nötige gesetzliche Grundlage hat, wenn ein zweifelhafter Fall vorliegt. Gehört sonach das Vorliegen des Zweifelsfalls zu den tatsächlichen Voraussetzungen der Verfügung, so ist es Aufgabe des Verwaltungsrichters, festzustellen, ob die Polizeibehörde nach Lage der Sache einen auf Tatsachen gestützten, objektiv berechtigten Grund zum Zweifel hatte.

Dies ist hier zu bejahen.

Wenn auch die Beschlüsse des Bundesrats vom 28. Juni 1899 Gesetzeskraft nicht besitzen, so erscheint doch die dem § 8 unter V daselbst zugrunde liegende Annahme nicht unberechtigt, daß wiederholte Befreiungen des Impfpflichtigen von der Impfung auf Grund ärztlicher Zeugnisse zu dem Zweifel

Veranlassung geben können, ob die Erfüllung der gesetzlichen Impfpflicht tatsächlich mit einer Gefahr für Leben oder Gesundheit des Kindes verknüpft ist. Hier hat eine solche Befreiung zweimal auf Grund der ärztlichen Zeugnisse des Dr. S. vom 8. Mai 1909 und 9. Dezember 1910 stattgefunden. Dr. S. war der Polizeibehörde als impfgegnerischer Arzt bekannt, dessen Impfzeugnisse bei Nachuntersuchungen mehrfach als nicht zutreffend erachtet worden sind. Dazu kommt, daß das letzte ärztliche Zeugnis vom 9. Dezember 1910 — es ist übrigens nicht auf dem vorgeschriebenen Formular III ausgestellt, was jedoch für die hier zu entscheidende Frage gleichgültig ist — die Impfgefahr für den auffallend langen Zeitraum von drei Jahren ausspricht. Die Erwägungen lassen den Zweifel der Polizeibehörde darüber, ob die Impfgefahr noch fortbesteht, begründet erscheinen.

Zu Unrecht wird ferner vom Kläger geltend gemacht, daß die Jahresfrist des § 2 Abs. 1 hätte abgewartet werden müssen. Denn diese Frist kommt nur für die Impfung in Frage, die in der angefochtenen Verfügung nicht verlangt worden ist. Nicht zutreffend ist die Behauptung des Klägers, daß die Androhung von Zwangsmaßregeln gesetzlich schon deshalb unzulässig sei, weil es sich hier nicht um eine bevorstehende Gefahr handle; denn die Anwendung der in § 132 des Landesverwaltungsgesetzes den Behörden gegebenen Zwangsbefugnisse ist nicht davon abhängig, daß es sich um eine bevorstehende Gefahr handelt.

Die Angriffe, die der Kläger gegen die bisherige Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts über die Zulässigkeit der Zwangsmittel aus § 132 des Landesverwaltungsgesetzes zur Durchführung des Reichsimpfgesetzes gerichtet hat, haben auch bei nochmaliger Prüfung der Grundlagen, auf welchen diese Rechtsprechung beruht, keine Veranlassung gegeben, davon abzuweichen. Der § 1 des Reichsimpfgesetzes gebietet unzweideutig die Impfung der Kinder (Minderjährigen), und § 14 a. a. O. stellt die Nichterfüllung dieses Gebots unter Strafe. Demnach stellt die Entziehung der Kinder von der Impfung — abgesehen von den gesetzlichen Befreiungsgründen — unzweifelhaft einen gesetzwidrigen Zustand dar. Zur Beseitigung eines gesetzwidrigen Zustandes ist die Polizei jederzeit und so lange einzuschreiten befugt, als der gesetzwidrige Zustand dauert, und kann sich dazu der ihr gesetzlich zustehenden Machtmittel bedienen. Das sind in Preußen die Zwangsbefugnisse des § 132 des Landesverwaltungsgesetzes. Daraus folgt, daß die Polizeibehörde zur Durchführung der Impfung von den ihr dort verliehenen Zwangsbefugnissen Gebrauch machen kann, wenn nicht etwa das Gesetz selbst das Gegenteil will. Ein Verbot, die gesetzlichen Zwangsmittel zur Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Impfung anzuwenden, enthält das Reichsimpfgesetz in ausdrücklichen Worten nicht; es kann sich also nur darum handeln, wovon der Kläger auch ausgeht, ob sich ein solches Verbot aus der Absicht des Gesetzgebers, wie sie aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes zu erkennen ist, herleiten läßt. Der Gerichtshof hat aber aus der wiederholt und unter Berücksichtigung der Ausführungen des Klägers vorgenommenen Prüfung der Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes, wie sie sich aus den Verhandlungen des Reichstags ergibt, nicht die Ueberzeugung gewinnen können, daß dabei die Absicht des Gesetzgebers zum Ausdruck gekommen sei, den Impfzwang für Kinder (Minderjährige), also auch die Anwendung der landesgesetzlichen Zwangsmittel zur Durchführung der Impfung für Kinder, auszuschließen. Wenn der Kläger seine Ansicht im besonderen auf die Behandlung stützt, die die nicht Gesetz gewordenen §§ 14 und 15 des Entwurfs der verbündeten Regierungen in der freien Kommission und im Reichstag erfahren haben, so ist aus den darüber stattgehabten Verhandlungen klar zu ersehen, daß der § 14 nach seiner Umgestaltung durch die freie Kommission mit Beseitigung des § 15 nur auf die Impfung Erwachsener beim Ausbruch einer Pockenepidemie bezogen worden ist, und der Reichstag durch Annahme des Amendements Lasker zu diesem Paragraphen in zweiter Lesung und Ablehnung des ganzen Paragraphen unter Einfügung des Abs. 3 zu § 18 des Gesetzes in dritter Lesung lediglich für Erwachsene den Impfzwang insoweit ausgeschlossen wissen wollte, als er nicht bereits landesgesetzlich bestand. Darüber aber, daß durch das Gesetz der Impfzwang für Kinder eingeführt werden sollte, herrschte nach den in dieser Hinsicht unwidersprochen gebliebenen Ausführungen der Abgeordneten Lasker und Abeken in der

zweiten Lesung am 9. März 1874 im Reichstag kein Zweifel, und Gegenteiliges kann auch aus den Verhandlungen der dritten Lesung am 14. März 1874, wie insbesondere in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 24. September 1909, abgedruckt im Jahrgang 32 des Preußischen Verwaltungsblatts Seite 349, dargelegt worden ist, nicht entnommen werden. Bestätigt wird die Absicht des Reichstages noch durch die Annahme des § 13 des Gesetzes ohne Aenderung des dort gebrauchten Ausdrucks „Impfzwang“ für die Zöglinge der Schulanstalten. Hatte aber danach der Reichstag seine Ansicht dahin zum Ausdruck gebracht, daß durch die Umgestaltung und spätere Beseitigung der §§ 14 und 15 des Entwurfs der Impfzwang für Kinder, wie ihn der Entwurf vorsah, nicht beseitigt werden sollte, so kommt es nicht weiter darauf an, welche Absicht die Kommission etwa mit der Umgestaltung des § 14 nach der ersten Lesung — die Verhandlungen ergeben hierüber nichts — verfolgt hat. Demnach hatte der Gerichtshof keine Veranlassung, von der bisherigen Auslegung des Gesetzes abzuweichen. Daraus ergibt sich die Abweisung der Klage.

Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten gründet sich auf § 103 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883.

Entziehung der Genehmigung zum Handel mit Giften wegen Unzuverlässigkeit.[1]) Urteil des Preuß. Ober-Verwaltungsgerichts vom 22. Mai 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Ausstellung von Leichenpässen. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. Juli 1913 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In Erweiterung der Rundverfügungen vom 29. September 1911 — II d. 2209 — und vom 22. Mai 1912 — II d. 885 —, betr. die Erteilung von Leichenpässen zum Zweck des Transports von Leichen nach dem Ausland, genehmige ich unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs, daß ebenso wie die Gerichts- oder Kreisärzte auch die ersten Aerzte der Knappschaftskrankenhäuser in Neunkirchen, Kreis Ottweiler, sowie in Völklingen, Sulzbach und im Fischbachtale, Landkreis Saarbrücken, zur Ausstellung der vorgeschriebenen Bescheinigung über die Todesursache pp. hinsichtlich der in diesen Anstalten verstorbenen Personen zuständig sein sollen.

Maßnahmen zur Verhütung einer Einschleppung der Cholera aus den Balkanländern. Erlaß des Ministers des Innern vom 21. August 1913 — M. 11456 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach hierher gelangten Nachrichten ist mit einer weiteren Verbreitung der Cholera in den Balkanländern zu rechnen und ist die Gefahr einer Einschleppung auch nach Preußen nicht ausgeschlossen.

Bei dieser Sachlage ist es geboten, allen choleraverdächtigen Erkrankungen, insbesondere unter den aus den Balkanstaaten kürzlich zugereisten Personen, besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und gegebenenfalls sofort die bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Wegen der Beobachtung solcher Personen nehme ich Bezug auf den Erlaß vom 19. Juli d. Js. — M. 11173 — Min.-Bl. f. Mediz.-Ang. S. 225.[2])

---

[1]) Nichtbeachtung der geltenden Vorschriften; Aufbewahrung von Giften, deren Feilhalten nicht gestattet war, im Schreibtisch; nicht gehörige Trennung der Gifte von indifferenten Arzneimitteln usw.

[2]) Der Erlaß lautet: „Nach amtlichen Nachrichten ist sowohl unter den bulgarischen als auch unter den griechischen Truppen in der Gegend von Saloniki die Cholera ausgebrocken. Zeitungsnachrichten melden das Auftreten der Cholera auch in anderen Teilen der Balkanhalbinsel. Es erscheint daher angebracht, dem Reiseverkehr aus den Balkanstaaten besondere Aufmerksamkeit

Bekämpfung der öffentlichen Agitationen der Impfgegner. Verfügung des Regs.-Präsidenten in Liegnitz vom 2. Juli 1913.

In der letzten Zeit ist in einzelnen Städten des hiesigen Regierungs-Bezirks in zum Teil maßloser Weise gegen das Reichsimpfgesetz von dem Impfgegnerbunde und sonstigen mit seinen Bestrebungen sympathisierenden Vereinen und Personen agitiert worden, z. B. durch öffentliches Anschlagen von Plakaten oder Ausstellen von solchen in Schaufenstern usw. Auf den Plakaten befinden sich gewöhnlich aus dem Zusammenhange herausgenommene Aussprüche mehr oder weniger bekannter Aerzte, die sich gegen die Impfung aussprechen, ferner Abbildungen von Kindern, die verkrüppelt oder mit bösartigen und ekelerregenden Krankheiten und Ausschlägen behaftet sind, sämtlich angeblich durch die Schutzpockenimpfung hervorgerufen. Da ein derartiger Inhalt von Plakaten gegen den noch in Geltung befindlichen § 9 des Preußischen Impfgesetzes vom 12. Mai 1851 (G.-S. S. 273) verstößt, ersuche ich die Polizeibehörden, eine Beseitigung der Plakate, nötigenfalls durch unmittelbaren Zwang herbeizuführen. Außerdem ist die strafrechtliche Verfolgung aus § 41 a. a. O. in die Wege zu leiten.

B. Königreich Bayern.

Verkehr mit Bleispielwaren. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 25. Juli 1913.

In neuerer Zeit wird ein Spielzeug in den Handel gebracht mit dem Kennspruch: „Gieße deine Soldaten selbst". Das Spielzeug besteht aus Gießformen, Gießlöffel und Blei. Es enthält die Anweisung, daß das Kind das Blei in einem Pfännchen zum Schmelzen bringen und dann mit dem Gießlöffel in die Eingangsöffnung der Gießform schütten soll, worauf nach wenigen Augenblicken der fertige Soldat der Form entnommen werden kann.

Nach dem Gutachten des K. Obermedizinalausschusses ist eine derartige Herstellung von Bleisoldaten durch Kinder als gesundheitsgefährlich zu erachten. Durch unvorsichtiges Gebahren mit dem geschmolzenen Metall können starke Brandverletzungen entstehen; durch Ueberhitzung des Bleies kann es zur Bildung von bleihaltigen Dämpfen kommen, das Umgehen mit dem Rohblei, den unbemalten Bleisoldaten und mit den Bleiabfällen kann zu Bleivergiftungen führen. Auch bestände die Möglichkeit, daß es zu gefährlichen Verbrühungen kommt, wenn das heiße Metall mit Wasser zusammengebracht wird und stürmische Vergasung des Wassers eintritt. Es besteht daher Anlaß, vor dem Gebrauche dieses Spielzeugs zu warnen.

Die Distriktsverwaltungsbehörden haben für weitere Veröffentlichung der Warnung Sorge zu tragen.

C. Großherzogtum Oldenburg.

Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder. Gesetz (a) und Ausführungsbestimmungen (b) — Bekanntmachung des Ministeriums des Innern — vom 27. Juni 1913.

a. (Gesetz).

§ 1. Alle nach § 8 des Schulgesetzes vom 4. Februar 1910 schulpflichtigen Schüler und Schülerinnen der öffentlichen und privaten Schulen müssen jährlich wenigstens einmal durch einen Schularzt untersucht werden.

Bei den Untersuchungen der Schüler hat der Schularzt die Räumlichkeiten

---

zuzuwenden. Euere Hochgeboren — Hochwohlgeboren — ersuche ich ergebenst, die Polizeibehörden gefälligst anzuweisen, die aus den Balkanländern einschließlich Rumänien zureisenden Personen bis auf weiteres gemäß § 8 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904 einer Beobachtung zu unterwerfen."

der Schule und deren Einrichtungen zu besichtigen und, falls er in hygienischer Beziehung Mängel findet, solche dem Schulvorstande mitzuteilen.

§ 2. Der Schularzt wird bei den Staatsanstalten vom Oberschulkollegium, bei den Gemeindeschulen von dem Schulvorstande und bei den Privatschulen von dem Schulvorstande oder dem Eigentümer bestellt.

Der Schularzt muß die für die Ausübung schulärztlicher Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzen.

§ 3. Die Eltern und deren Vertreter sind dafür verantwortlich, daß der Schüler an der Untersuchung teilnimmt, und verpflichtet, Auskunft über den Schüler zu erteilen.

§ 4. Die in Ausführung dieses Gesetzes entstehenden Kosten fallen derjenigen Kasse zur Last, aus der die Schule unterhalten wird.

§ 5. Die obere Aufsicht über die Schulärzte wird vom Ministerium des Innern geführt.

§ 6. Die Ausführungsvorschriften werden im Verwaltungswege erlassen.[1])

§ 7. Eltern und deren Vertreter, die den Bestimmungen dieses Gesetzes und den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen zuwiderhandeln, werden mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft.

Die Strafen können nach Maßgabe des Gesetzes vom 25. März 1879, betreffend die Befugnis der Polizeibehörden zur Erlassung von Strafverfügungen bei Uebertretungen, durch polizeiliche Strafverfügung festgesetzt werden.

§ 8. Der Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes wird durch Verordnung bestimmt.[2])

b. (Ausführungsbestimmungen).

Zur Ausführung des Gesetzes vom 27. Juni d. Js., betreffend ärztliche Ueberwachung der Schulkinder, werden folgende Vorschriften erlassen:

§ 1. Für alle untersuchungspflichtigen Schüler und Schülerinnen an den höheren Schulen ist vom Direktor, an den Schulen ohne Schulvorstand vom Leiter und sonst vom Schulvorstand ein Ueberwachungsbogen nach einem vom Ministerium des Innern vorzuschreibenden Muster anzulegen und dem Schularzt zur Eintragung des Ergebnisses der Untersuchungen vorzulegen.

Die Lehrer sind verpflichtet, dem Schulvorstande bei Ausfüllung der Bogen Hülfe zu leisten.

Auf Verlangen des Lehrers sind die Eltern und deren Vertreter verpflichtet, die notwendigen Auskünfte über den Schüler zu erteilen.

§ 2. Der ärztliche Befund soll tunlichst in einer dem Laien verständlichen Form in den Ueberwachungsbogen eingetragen werden.

§ 3. Neu eingetretene Schüler sind, sofern eine Untersuchung durch einen Schularzt noch nicht stattgefunden hat, und ein Ueberwachungsbogen für sie nicht angelegt ist, einzeln genau auf ihre Körperbeschaffenheit und ihren Gesundheitszustand zu untersuchen.

Eine ins einzelne gehende Untersuchung der Kinder findet später nur dann statt, wenn entweder die erstmalige Untersuchung eine wesentliche Abweichung vom Normalen ergeben hat, oder wenn aus irgend einem anderen Anlaß, namentlich auf Grund der Beobachtungen der Lehrer, die Vermutung besteht, daß sich seit der ersten Untersuchung eine krankhafte Veränderung eingestellt hat.

§ 4. Die Untersuchungstermine werden möglichst außerhalb der regelmäßigen Unterrichtszeit vom Schularzt im Einvernehmen mit dem Schulleiter festgesetzt und dem Lehrer mitgeteilt. Nur in besonderen Ausnahmefällen darf eine Störung des Unterrichts stattfinden.

Die Untersuchungstermine haben in der Regel in der Schule stattzufinden und sind den Eltern und deren Vertreter tunlichst rechtzeitig vorher mitzuteilen mit dem Bemerken, daß ihre Anwesenheit erwünscht sei.

---

[1]) Siehe nachstehend.

[2]) Durch Verordnung vom 27. Juni 1913 ist das Gesetz mit dem Tage der Veröffentlichung (2. Juli 1913) in Kraft getreten.

Diejenigen Schüler, die an den regelmäßigen Untersuchungen nicht teilnehmen konnten, sind gelegentlich von dem Schularzt zu untersuchen.

Schüler, die auf eigene Kosten von dem Schularzt vorher untersucht sind, sind von der Teilnahme an dem allgemeinen Untersuchungstermin befreit, wenn dem Lehrer vorher das Ergebnis der Untersuchung zwecks Eintragung in den Ueberwachungsbogen[3]) mitgeteilt ist.

5. Den Eltern oder deren Vertretern ist gestattet, der Untersuchung beizuwohnen.

§ 6. Die Ueberwachungsbogen sind von dem Lehrer verschlossen aufzubewahren und, falls der Schüler die Schule wechselt, ohne weiteres dem Leiter der inländischen Schule, in die der Schüler übergeht, zu übersenden. Verläßt der Schüler das Herzogtum, so sind die Bogen dem Schulvorstande oder dem Eigentümer der Schule zu übersenden, der sie bis zur Beendigung des 20. Lebensjahres des Schülers aufzuheben hat. Ebenso ist mit dem Bogen nach Beendigung des Untersuchungszwanges und bei den höheren Schulen beim Abgange des Schülers zu verfahren.

§ 7. Hat sich bei der Untersuchung ergeben, daß ein Schüler an einer Krankheit leidet, mit körperlichen Fehlern behaftet ist oder einer besonderen Behandlung bedarf, so ist dies vom Schularzte dem Schulvorstande, bei Schulen, die keinen Schulvorstand haben, dem Leiter der Schule schriftlich mitzuteilen. Der Schulvorstand oder der Leiter der Schule gibt diese Mitteilung in einem verschlossenen Brief an die Eltern oder deren Vertreter weiter.

Die Eintragungen in dem Ueberwachungsbogen soll der Lehrer bei der Behandlung der Kinder zu Rate ziehen.

Hält der Schularzt die Befreiung vom Unterricht ganz oder teilweise für erforderlich, so hat er dies bei den höheren Schulen dem Direktor, sonst dem Oberschulkollegium durch Vermittelung des Schulvorstandes oder des Leiters der Schule anzuzeigen.

§ 8. Bei der letzten Untersuchung hat der Schularzt den Eltern oder deren Vertretern auf Wunsch hinsichtlich der Berufswahl Rat zu erteilen.

§ 9. Die Behandlung erkrankter Schüler gehört nicht zu den dienstlichen Obliegenheiten des Schularztes.

§ 10. Der Lehrer ist verpflichtet, den Schularzt bei den Untersuchungen zu unterstützen und für Aufrechterhaltung der Ruhe und Ordnung zu sorgen, auch hat er die erforderliche Auskunft zu erteilen.

Bei Schülerinnen dürfen nur weibliche Personen bei der Untersuchung zugegen sein.

§ 11. Die Ueberwachung der Kinder ist als eine vertrauliche Angelegenheit zu behandeln. Die Einsicht in die Ueberwachungsbogen und die sonstigen Akten ist den Schulaufsichtsbeamten gestattet, anderen nur, wenn an den höheren Schulen der Direktor, an den Schulen ohne Schulvorstand der Leiter und sonst der Schulvorstand es genehmigt.

§ 12. In mehrklassigen Schulen hat der Leiter (Direktor, Hauptlehrer usw.) zu bestimmen, wie die den Lehrern übertragenen Obliegenheiten verteilt werden sollen.

§ 13. Ueber das Ergebnis der Untersuchungen und die dabei gemachten Wahrnehmungen hat der Schularzt dem Schulvorstande, bei Schulen ohne Schulvorstand dem Oberschulkollegium alljährlich bis zum 1. November einen Bericht zu erstatten. Die Oberschulkollegien und die Schulvorstände haben die Jahresberichte dem Ministerium des Innern vorzulegen.

Anlage I.

Dienstanweisung für den Schularzt.

1. Der Schularzt hat alle schulpflichtigen Schüler und Schülerinnen der ihm zur Ueberwachung übertragenen Schulen jährlich einmal zu untersuchen.

---

[3]) Siehe Seite 214.

Die Schulpflicht und damit der Untersuchungszwang dauert bis zum Schlusse des Schuljahres, in dem das Kind sein 14. Lebensjahr vollendet.

2. Die Untersuchungstermine hat der Schularzt im Einvernehmen mit dem Schulvorstande möglichst außerhalb der regelmäßigen Unterrichtszeit festzusetzen und dem Lehrer mindestens 5 Tage vorher mitzuteilen. Eine Störung des Unterrichts ist zu vermeiden und darf nur in besonderen Ausnahmefällen stattfinden.

Wenn Schüler an der regelmäßigen Untersuchung nicht teilgenommen haben, so sind sie gelegentlich nach Benehmen mit dem Schulvorstande zu untersuchen.

3. Die neuaufgenommenen untersuchungspflichtigen Schüler hat der Schularzt in der ersten Hälfte des Schuljahres einzelnen genau zu untersuchen und das Ergebnis in die Ueberwachungsbogen, die ihm vom Lehrer soweit möglich ausgefüllt vorzulegen sind, einzutragen. Die dabei zu verwendenden ärztlichen Ausdrücke sollen möglichst allgemein verständlich sein.

4. In jedem Ueberwachungsbogen ist der allgemeine Gesundheitszustand des Schülers bei der ersten Untersuchung mit 1 (gut), 2 (mittelmäßig), 3 (schlecht) zu bezeichnen.

Die übrigen Fragen sind nur zu beantworten, wenn und soweit von dem normalen Gesundheitszustand wesentliche Abweichungen bei der Untersuchung festgestellt worden sind.

5. Eine ins Einzelne gehende Untersuchung hat später nur dann zu erfolgen, wenn entweder die erste Untersuchung eine wesentliche Abweichung vom Normalen ergeben hat oder wenn aus irgend einem anderen Anlaß die Vermutung besteht, daß seit der ersten Untersuchung eine krankhafte Veränderung sich eingestellt hat.

6. Insbesondere ist eine wiederholte genaue Untersuchung vorzunehmen:

a) wenn der Lehrer oder Kreisschulinspektor eine solche für wünschenswert hält,

b) wenn der Gesundheitszustand des Kindes mit 3 (schlecht) bezeichnet war,

c) bei ungenügender Zunahme des Körpergewichts und der Größe,

d) wenn zahlreiche Schulversäumnisse in der der Untersuchung vorhergegangenen Zeit vorgekommen sind.

7. Das Ergebnis der wiederholten Untersuchungen ist auf dem Ueberwachungsbogen kurz zu bemerken.

8. Hat sich bei einer Untersuchung ergeben, daß ein Schüler an einer Krankheit leidet, mit körperlichen Fehlern behaftet ist oder einer besonderen Behandlung bedarf, so hat der Schularzt hiervon bei höheren Schulen dem Direktor, sonst dem Schulvorstande und bei Schulen, die keinen Schulvorstand haben, dem Leiter der Schule schriftlich Mitteilung zu machen. Dabei sind, soweit erforderlich, Anregungen auf Ueberweisung in eine Lungenheilstätte, Idiotenanstalt, Krüppelheim und dergleichen sowie Ratschläge auf Teilnahme an besonderen Badekuren und dergleichen zu geben.

Bei den wiederholten Untersuchungen ist darauf zu achten, ob diesen Anregungen Folge gegeben ist.

9. Fälle von Kurzsichtigkeit oder Schwerhörigkeit sind dem Lehrer bei den Untersuchungen mitzuteilen.

10. Hält der Schularzt die Befreiung vom Unterricht für erforderlich, so hat er entsprechende Anträge bei den höheren Schulen beim Direktor, sonst beim Schulvorstande zu stellen.

11. Bei der letzten Untersuchung hat der Schularzt den Eltern oder deren Vertretern auf Wunsch hinsichtlich der Berufswahl der Schüler Rat zu erteilen.

12. Der Schularzt hat die Räumlichkeiten der Schule und deren Einrichtungen bei den Untersuchungen zu besichtigen und, falls er in hygienischer Beziehung Mängel findet, solche dem Schulvorstande mitzuteilen.

13. Die Behandlung kranker Schüler gehört nicht zu den dienstlichen Obliegenheiten des Schularztes.

14. Die Ueberwachung der Kinder ist als eine vertrauliche Angelegenheit zu behandeln.

15. Ueber das Ergebnis der Untersuchungen und die dabei gemachten Wahrnehmungen hat der Schularzt dem Schulvorstande, bei Schulen ohne Schulvorstand dem zuständigen Oberschulkollegium, jährlich bis zum 1. November einen Bericht zu erstatten.

Anlage II.

Aerztliche Ueberwachung der Schulkinder.

Nachdem das Gesetz vom 27. Juni d. Js., betreffend ärztliche Ueberwachung der Schulkinder, und die dazu getroffenen Ausführungsvorschriften im Gesetzblatt veröffentlicht sind, läßt das Ministerium den Großherzoglichen Aemtern und den Stadtmagistraten der Städte 1. Klasse hierneben je ein Exemplar des Gesetzblatts und der Dienstanweisung für den Schularzt zum dienstlichen Gebrauch zugehen. Dabei wird folgendet bemerkt:

1. Den sämtlichen Schulvorständen, auch den Vorständen oder Eigentümern von Privatschulen ist je ein Exemplar des Gesetzes nebst Ausführungsvorschriften, der Dienstanweisung für den Schularzt und dieser Verfügung mit dem Auftrage zu übersenden, das zur Durchführung des Gesetzes Erforderliche für ihre Schulen zu veranlassen.

   Wegen Durchführung des Gesetzes an den staatlichen Anstalten sind die Großherzoglichen Oberschulkollegien mit Anweisung versehen.

   Die erforderlichen weiteren Exemplare des Gesetzes und der Dienstanweisung für die Schulärzte werden den Schulvorständen direkt vom Ministerium übersandt werden. Weitere Exemplare können von der Registratur II des Staatsministeriums bezogen werden. Den Hauptlehrern werden Exemplare des Gesetzes usw. vom Oberschulkollegium zugehen.
2. Die Schulvorstände haben ungesäumt gemäß § 2 des Gesetzes den Schularzt zu bestellen und den Namen des Arztes den Großherzoglichen Aemtern und den Stadtmagistraten der Städte I. Klasse mitzuteilen, die ein Verzeichnis der Schulärzte unter Angabe der Schulen, für die sie bestellt sind, aufzustellen und dem Ministerium vorzulegen haben.
3. Für die Ueberwachungsbogen ist das in einigen Exemplaren hierneben ererfolgende Muster bestimmt. Das Muster kann von den Schulvorständen auf Kosten der Schule von der Firma Ad. Littmann her bezogen werden.
4. Im laufenden Schuljahre sind alle schulpflichtigen Schüler und alle unter 10 Jahre alten Schülerinnen einzeln genau auf ihre Körperbeschaffenheit und ihren Gesundheitszustand zu untersuchen und Ueberwachungsbogen für sie anzulegen. Die jetzt über 10 Jahren alten Schülerinnen sind nur im allgemeinen zu untersuchen und es sind Ueberwachungsbogen für sie nur anzulegen, wenn bei dieser Untersuchung wesentliche Abweichungen vom Normalen festgestellt werden. Später ist nach § 3 der Ausführungsbestimmungen zu verfahren.
5. Die Schulvorstände haben genau darauf zu achten, daß die Ueberwachung der Kinder als eine streng vertrauliche Angelegenheit behandelt wird.
6. Die Schulvorstände haben dafür zu sorgen, daß die Untersuchungen, insbesondere auch das jährlich vorzunehmende Messen und Wiegen der Schulkinder außerhalb der regelmäßigen Unterrichtszeit vorgenommen werden.
7. Die für das Messen und Wiegen der Schüler erforderlichen Geräte haben die Schulvorstände dem Schularzt zur Verfügung zu stellen.
8. Die Schulvorstände haben die von den Schulärzten zu erstattenden Berichte den Großherzoglichen Aemtern und den Stadtmagistraten der Städte I. Klasse einzusenden, die sie zu sammeln und dem Ministerium vorzulegen haben.

Anlage III.

Ueberwachungsbogen.

Schule zu .... **Jahrgang:** ....

Vor- u. Zunahme des Schülers .	Durch den Lehrer auszufüllen.	....
Stand u. Wohnung der Eltern .		....
Geburtstag und -Ort		....
Versäumnisse wegen ernsterer Erkrankung mit Angabe der Dauer und der Art der Krankheit:		....
		19... | 19... | 19... | 19... | 19... | 19... | 19...
Größe	Durch den Schularzt auszufüllen.	....
Gewicht		....
Allgem. Gesundheitszustand . .		....
Knochenbau		....
Beschaffenheit d. Haut (Drüsen) .		....
Farbe des Gesichts		....
Beschaffenhert der Augen . . .		....
Funktion " " . . .		....
Beschaffenheit der Ohren . . .		....
Funktion " " . . .		....
Beschaffenheit der Nase . . .		....
" des Mundes . .		.... Umfang: ....
" des Halses (Kehlkopfs)		....
Bau der Brust		....
Beschaffenheit der Lungen . .		....
" des Herzens . .		....
Andere Bemerkungen über den Körper		....
Auffällige Anzeichen geistiger Mängel		....
Gesundheitszustand der Eltern .		....
" der Geschwister		....
Sonstige Bemerkungen (frühere Krankheiten, Anomalien) . .		....

....

....

....

....

....

Datum: .... Schularzt: ....

Bemerkungen über spätere Untersuchungen:

C. Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

Besichtigung der Drogen- und ähnlichen Handlungen. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 28. Juni 1913.

Unter Aufhebung der Ministerial-Bekanntmachung vom 23. März 1896, betreffend Vorschriften über Besichtigung der Drogen- und ähnlichen Handlungen, wird verordnet, was folgt:

§ 1. Verkaufsstellen, in denen Arzneimittel, Drogen, Gifte oder giftige Farben feilgehalten werden, sind nebst den zugehörigen Vorrats- und Arbeits-

räumen sowie dem Geschäftszimmer des Inhabers der Handlung unvermuteten Besichtigungen zu unterziehen.

Wenigstens einmal jährlich, nach Bedarf aber auch häufiger, sind zu besichtigen alle Handlungen, in denen die genannten Waren allein oder vorzugsweise feilgehalten werden, ferner solche Verkaufsstellen, deren letzte Besichtigungen gröbere Mängel ergeben haben, oder deren Geschäftsbetrieb das Vorhandensein von Vorschriftswidrigkeiten vermuten läßt, und endlich die Drogenschränke. Bei kleineren Handlungen, namentlich bei solchen, in denen die genannten Waren nur vereinzelt neben anderen feilgehalten werden, keine Drogenschränke vorhanden sind und der Verdacht von Ordnungswidrigkeiten nicht vorliegt, darf ein Zeitraum von zwei, ausnahmsweise von drei Jahren zwischen zwei Besichtigungen liegen.

§ 2. Die Besichtigungen erfolgen durch den zuständigen Bezirksphysikus unter Zuziehung der Ortspolizeibehörde.

Dem Bezirksphysikus kann auf Verlangen vom Landratsamt ein approbierter Apotheker beigegeben werden.

§ 3. Die Geschäftsinhaber oder deren Vertreter sind verpflichtet, den besichtigenden Beamten auf Verlangen jederzeit den Zutritt in die Betriebsräume und Geschäftszimmer sowie die Untersuchung vorhandenen Arzneimittel, Gifte und giftigen Farben zu gestatten; sie sind gehalten, das Giftbuch nebst den dazu gehörigen Belägen vorzulegen, sowie über alle auf die Sache bezügliche Fragen Auskunft zu geben.

Den Besichtigungsbevollmächtigten steht auch das Recht der Probenentnahme von Waren ohne Entschädigung zu.

§ 4. Bei der Besichtigung ist festzustellen:

a) Ob die Bestimmungen der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, eingehalten werden, insbesondere, ob etwa in den Nebenräumen, namentlich der Drogenhandlungen, Arzneien auf ärztliche Verordnung angefertigt werden?

b) Ob die Aufbewahrung der Gifte und giftigen Farben und der Verkehr mit ihnen den Vorschriften der Polizei-Verordnungen über den Handel mit Giften vom 9. April 1895 und 22. Februar 1906 entsprechen?

Auch der Genehmigungsschein zum Gifthandel ist einzusehen und das Giftbuch nebst den Giftscheinen auf ordnungsmäßige Führung zu prüfen.

c) Ob die Vorschriften der Polizei-Verordnung vom 3. Februar 1913 über den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken beachtet werden?

§ 5. Zur Beseitigung vorgefundener Mängel ist, wenn ihre Abstellung nicht sofort durchführbar ist, von der Ortspolizeibehörde auf Grund des Gesetzes vom 6. Dezember 1892 (Ges.-S. S. 238), betreffend die Strafandrohung der Polizeibehörden und den Erlaß polizeilicher Verordnungen, das Erforderliche zu verfügen.

Vorschriftswidrige Waren können auch mit zu Protokoll gegebener Zustimmung des Geschäftsinhabers oder seines Vertreters sofort vernichtet werden, falls sie von der Ortspolizeibehörde nicht als Beweismittel für das spätere Strafverfahren zu beschlagnahmen sind.

§ 6. Wegen der Uebertretungen der Vorschriften der im § 4 erwähnten Verordnungen hat die Ortspolizeibehörde die Strafen festzusetzen, wenn nicht nach der Beschaffenheit der Umstände eine die Zuständigkeit der Ortspolizeibehörde überschreitende Strafe angemessen erscheint, in welchem Falle die gerichtliche Verfolgung durch den Amtsanwalt zu veranlassen ist.

Mit besonderer Strenge sind Fälle der Anfertigung von Arzneien auf ärztliche Verordnung zu verfolgen. In allen diesen Fällen ist dem zuständigen Landratsamt Anzeige zu erstatten, das gegebenenfalls auf Grund des § 35 Abs. 4 der Reichsgewerbeordnung Verfügung treffen wird.

§ 7. Ueber die Besichtigung ist unter Zuziehung des Geschäftsinhabers oder seines Beauftragten an Ort und Stelle von der Ortspolizeibehörde unter Mitwirkung des Bezirksphysikus eine Niederschrift aufzunehmen, von der dem Geschäftsinhaber von der Ortspolizeibehörde kostenpflichtig Abschrift zu erteilen ist.

§ 8. Am Schlusse eines jeden Jahres erstattet der Bezirksphysikus dem Landratsamte einen Bericht über die stattgefundenen Besichtigungen und deren Ergebnisse. Die Landratsämter haben die erstatteten Jahresberichte bis zum 1. Februar des nächstfolgenden Jahres mit etwa zu machenden Bemerkungen an das Ministerium weiter zu geben.

§ 9. Die durch die Besichtigungen entstehenden Kosten sind als örtliche Polizeikosten von den Gemeinden zu tragen.

§ 10. Auf Geschäfte, die ausschließlich Großhandel treiben, finden die vorstehenden Vorschriften keine Anwendung.

E. Fürstentum Waldeck.

Amtsärztliche Prüfung von Bewerbern um Giftkonzessionen. Bekanntmachung des Landesdirektoriums vom 2. August 1913.

In Ergänzung der Bekanntmachung vom 17. April 1895 (Regierungsblatt S. 28) ordne ich hiermit an, daß Personen, die bei der Ortspolizeibehörde die Genehmigung zum Handeln mit Giften nachsuchen, zuvor sich einer Prüfung durch den zuständigen Kreisphysikus zu unterziehen haben.

Die Prüfung erstreckt sich bei den Bewerbern um eine uneingeschränkte Genehmigung zum Gifthandel auf die allgemeine Kenntnis der Vorschriften des Strafgesetzbuches und der Gewerbeordnung über den Handel mit Giften, auf die eingehende Kenntnis der Bekanntmachungen vom 2. Januar 1895 (Regierungsblatt S. 3), vom 8. Juni 1901 (Regierungsblatt S. 35), vom 15. Februar 1906 (Regierungsblats S. 3) und vom 16. Juli 1907 (Regierungsbl. S. 62) sowie der Polizeiverordnung vom 27. August 1903 (Regierungsbl. S. 41), betreffend die Besichtigung der Verkaufsstellen, in welchen Gifte oder giftige Farben feilgehalten werden. Ferner wird die Kenntnis der Zusammensetzung der hauptsächlich gehandelten Gifte und giftigen Farben, der landesüblichen Bezeichnung der Gifte und der Gefahren, die beim Umgang mit Giften und giftigen Farben drohen (Feuergefährlichkeit, Aetzwirkung, Schädlichkeit der Verstäubung und dergl.), verlangt. Die Bestimmung einiger Proben von besonders charakteristischen Giften und giftigen Farben ist zu fordern.

Bei Bewerbern um eine beschränkte Genehmigung zum Gifthandel (Handel mit Giften der Abteilung 3 der Anlage I der Bekanntmachung vom 2. Januar 1895, mit giftigen Farben, mit photographischen Bedarfsgegenständen und dergl.) genügt außer der Kenntnis der erwähnten Rechtsvorschriften die Kenntnis der Zusammensetzung derjenigen Stoffe, für welche die Genehmigung beantragt wird, und der beim Umgang mit ihnen drohenden Gefahren. Die Bestimmung einiger Proben von diesen Stoffen ist zu verlangen.

Bei günstigem Ausfall der Prüfung ist dem Bewerber vom Kreisphysikus ein Zeugnis zu erteilen, in welchem, falls es sich um eine beschränkte Genehmigung handelt, diejenigen Stoffe genau einzutragen sind, für welche die Genehmigung nachgesucht wird. Bei ungünstigem Ausfall hat der Kreisphysikus einen entsprechenden Vermerk zu machen.

Auf Ersuchen der Polizeibehörde hat der Kreisphysikus sich auch darüber zu äußern, ob eine Beschränkung der Genehmigung auf bestimmte, genau zu bezeichnende Stoffe geboten ist.

Personen, die im Gifthandel lediglich unter Aufsicht und Leitung des Geschäftsinhabers oder seines konzessionierten Stellvertreters tätig werden wollen, bedürfen einer Giftkonzession nicht und sind daher auch nicht zur Giftprüfung durch den Kreisphysikus zuzulassen.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 18. **20. September.** 1913.

Rechtsprechung.

Haftung für die Folgen einer Operation verneint. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 4. Juli 1913.

Das Berufungsgericht hat auf Grund der Zeugenaussagen der Inhaber der Verlagsbuchhandlung V. in Hannover festgestellt, daß der Beklagte, der Ende 1909 bei dieser Firma gearbeitet hat, von der Firma mit einem festen, von 3600 bis 6000 M. sich steigernden Jahresgehalt als Redakteur angestellt worden wäre, wenn er nicht durch seinen alle Viertelstunden wiederkehrenden Zwang zum Austreten in seiner Tätigkeit erheblich gestört worden wäre, und wenn nicht die Urinabsonderungen in der Kleidung des Beklagten den Aufenthalt anderer in seiner Nähe zu einem unangenehmen gemacht hätten. Der Anspruch des Beklagten gründet sich auf die Behauptung, daß er infolge des durch die widerrechtliche Operation[1]) entstandenen Leidens die Stelle bei der Firma V. nicht erhalten habe. Demgegenüber hat die Klägerin ausgeführt, daß der Beklagte vor der Operation ein anderes Leiden — die Harnverhaltung — gehabt, daß dieses Leiden durch die Operation beseitigt worden sei, und daß dieses frühere Leiden im Falle seines Fortbestandes dem Beklagten mindestens ebenso viele Nachteile für seine Erwerbsfähigkeit gebracht hätte, als die seien, die ihm durch die Operation entstanden seien. Die Klägerin bestreitet also, daß überhaupt die Erwerbsfähigkeit infolge der Operation gemindert worden sei. Da nun nach der Feststellung des Berufungsgerichts dargetan ist, daß der Beklagte vor der Operation an Harnverhaltung gelitten hat, so muß der Beklagte zur Begründung seines Schadenersatzanspruchs beweisen, daß er auch unter Berücksichtigung des Einflusses, den dieses Leiden auf seine Erwerbsfähigkeit gehabt hat, trotzdem noch in weiterem Maße durch die Folgen der Operation in seiner Erwerbsfähigkeit gehindert worden ist. Diesen Beweis hat jedoch der Beklagte, wie den Ausführungen des Berufungsgerichts zu entnehmen ist, nicht erbracht. Nach dem Gutachten des Dr. St. war das Harnleiden des Beklagten vor der Operation bis zur vollständigen Verlegung der Blase vorgeschritten, und das zur Beseitigung der entstandenen Qualen angewandte Mittel des Katheterisierens war dem Hausarzt des Beklagten bei zweimaligem Versuche nur einmal gelungen. Dem Ehemann der Klägerin gelang es und so wurde der Beklagte von seinen Qualen und von der unmittelbaren Lebensgefahr befreit. Nach dem Gutachten bestand nun im Falle der Unterlassung der Operation wegen der Unheilbarkeit des Leidens eine dauernde Erschwerung der Harnentleerung und deshalb die dauernde Notwendigkeit des zwei- bis dreimaligen täglichen Katheterisierens, sofern dieses nach dem körperlichen Zustand des Beklagten bei ihm überhaupt möglich war. Entfiel diese Möglichkeit, so war der Beklagte ohne Operation dem Tode verfallen. Bestand aber die Möglichkeit, so kommt nach dem Gutachten weiter in Betracht, daß bei dauerndem Katheterisieren über kurz oder lang in der bei weitem größten Mehrzahl der Fälle eine Entzündung der Blase sich einstellt, die für den Kranken sehr quälend ist, seine Gesundheit schädigt und in nicht seltenen Fällen zum

[1]) Der inzwischen verstorbene Ehemann der Klägerin Dr. T. hatte den Beklagten angeblich wegen Harnverhaltung infolge Vergrößerung der Prostatadrüse im Juli 1905 operiert, und zwar ohne seine ausdrückliche Zustimmung die Prostatadrüse entfernt. Infolge der bei der Operation erfolgten Verletzung der Mastdarmwand war ein Blasenmastdarmfistel zurückgeblieben. Der Beklagte weigerte sich infolgedessen, das für die Operation von der Klägerin als Erbin ihres Ehemanns eingeklagte Honorar zu zahlen. Gleichzeitig erhob er Anspruch auf Schadenersatz.

Tode führt. Dann aber fehlt es durchweg an einem Beweis dafür, daß der Beklagte im Falle des Fortbestandes seines Leidens sich in seiner Erwerbsfähigkeit besser gestellt hätte, als dies nach der Operation der Fall war, und daß er insbesondere im Jahre 1910, also mehr als 4 Jahre nach der Operation die Stelle bei der Firma V. erlangt hätte. Daß kraft der besonderen gesundheitlichen Verhältnisse des Beklagten eine von den regelmäßigen Folgen abweichende Auffassung sich rechtfertige, ist ausgeschlossen. Der Sachverständige bezweifelt nicht nur, daß bei der körperlichen Beschaffenheit des Beklagten ein dauerndes Katheterisieren möglich gewesen sei, sondern auch, daß sich im Falle solcher Möglichkeit der Beklagte in seinen Beschwerden und seinem Allgemeinbefinden besser gefühlt hätte, als er es jetzt nach der Operation tue. Die gegenteilige Entscheidung des Berufungsgerichts beruht auf einer Verkennung der dem Beklagten obliegenden Beweislast. Das Urteil des Oberlandesgerichts wird deshalb aufgehoben, die Widerklage abgewiesen und Ersatzpflicht des Arztes damit verneint. (Sächs. Korrespondenz.)

„Ausführlicher Krankheitsbericht" oder „begründetes Gutachten" im Sinne der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Urteil des Landgerichts zu Magdeburg (I. Z.-K.) vom 7. März 1913.

Von dem Arzte war ein Gutachten nach Formular verlangt und erstattet. Das Formular trug die Ueberschrift: Bericht des Arztes. Die erste Frage lautet: Art, Zeit und Hergang der Verletzung und bisherige ärztliche Behandlung; die zweite: Schilderung der Folgen des Unfalls, subjektive Beschwerden; objektiver Befund; die dritte: sind von der Verletzung unabhängig Fehler oder Gebrechen vorhanden? In der Antwort war die Krankheitsgeschichte erzählt und der Befund wiedergegeben; dann wird zum Schluß gesagt: Die Bauchfellentzündung steht mit dem Unfall in keinerlei ursächlichem Zusammenhang. — Auf die vierte Frage nach der Beseitigung der Unfallfolgen lautete die Antwort: Ja! Die folgende Frage nach der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit hatte der Kläger dahin beantwortet: Es werde sich dies nach der Arbeitsaufnahme zeigen, möglicherweise sei ihm der verkrüppelte Nagel des dritten Fingers hinderlich, indem er leicht damit hängen bleibe; die Beschränkung sei, wenn überhaupt vorliegend, nur gering. Frage 6 nach Beendigung des Heilverfahrens war mit ja beantwortet; die folgende nach der Arbeitsaufnahme dahin, daß sich der Kranke wegen der Bauchfellentzündung noch im Krankenhause befinde; die nächste dahingehend, ob die Krankheit besondere Verpflegung erforderlich mache, war verneint und die neunte nach späterer wesentlicher Veränderung dahin beantwortet: „höchstens durch Gewöhnung, aber das sicher". Unter besonderen Bemerkungen hatte der Kläger erklärt: mehr wie 10 % vorübergehend werde die Erwerbsbeschränkung des A. nicht sein. Der Kläger hatte dafür gemäß Nr. 24c der ärztlichen Gebührenordnung vom 15. Mai 1895 (begründetes Gutachten) einen Betrag von 15 M. berechnet und diese eingeklagt. Das Amtsgericht nahm jedoch einen ausführlichen Krankheitsbericht an, für den gemäß § 24b nur eine Gebühr von 3—10 M. berechnet werden könne. Hiergegen erhob Kläger Berufung beim Landgericht, die von diesem aus folgenden Gründen abgewiesen wurde.

„Es kommt für die Berechnung der dem Kläger zustehenden Gebühr gemäß der Gebührenordnung für Aerzte vom 15. März 1896 Nr. 24 darauf an, ob ein „ausführlicher Bericht" oder ein „begründetes Gutachten" vorliegt. Eine „kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit" kann nicht in Betracht kommen. Hierbei ist wohl der Inhalt des dem Kläger von der Beklagten erteilten Auftrages dafür maßgebend, ob der Kläger das eine oder das andere zu erstatten hat. Aber für die Frage, unter welche der drei Rubriken des § 24 die erstattete Aeußerung des Arztes zu subsumieren ist, entscheidet ihr Inhalt. Es ist eben zu prüfen, ob Auftrag und Ausführung sich decken.

Unter einem Bericht ist die von einem Fachmanne geschriebene Wiedergabe der im Laufe einer Krankheit hervortretenden und auf sie Bezug habenden konkreten Tatsachen zu verstehen, die immer in gewisser Weise ein technisches Urteil enthalten muß und zwar deswegen, weil nur ein Fachmann beurteilen kann, welche während der Krankheit in die Erscheinung getretenen Tatsachen für ihre Beurteilung und Behandlung in Betracht kommen.

Ein Gutachten ist dagegen die Subsumation dieser konkreten Tat-

sachen unter die allgemeinen Obersätze und die Erfahrungssätze der ärztlichen Wissenschaft. Ein begründetes Gutachten muß eine eingehende wissenschaftliche Begründung enthalten; es muß auch im einzelnen die Erwägungen anführen, die den Sachverständigen zu dem Resultat geführt haben und insbesondere die Grundsätze der Wissenschaft und, wenn diese in der Wissenschaft nicht feststehen, die verschiedenen Sätze der Wissenschaft aufstellen und die Gründe dafür angeben, aus denen der Sachverständige den von ihm gebilligten Satz als den richtigen anerkennt; alles in Vollständigkeit, so daß ein Nachprüfen durch andere Sachverständige möglich ist.

Mit Recht hat der Vorderrichter angenommen, daß ein solches begründetes Gutachten hier nicht vorliegt. Allerdings ist der Bericht, wie ihn die Beklagte nach dem Formular verlangt hat, als eine Zusammensetzung aus berichtenden und gutachtlichen Aeußerungen anzusehen, insbesondere sind die Fragen 4, 5, 6 b, 8, 9 so gehalten, daß sie eine gutachtliche Aeußerung erfordern. Die Beantwortung durch den Kläger ist jedoch ihrer Art nach nur ein unbegründetes Gutachten, da jede Begründung fehlt. Wenn Kläger um ein „ausführliches Gutachten" gebeten ist, so lag es in seiner Hand, der Beantwortung der gutachtlichen Fragen 4, 5, 6 b, 8, 9 eine Begründung im Sinne des § 24 c der Gebührenordnung beizufügen. Er hat das aber nicht getan. Demnach kommen für den Kläger nur die Gebühren gemäß Nr. 24 b in Frage."

Begriff „Schaumwein". Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 17. Juni 1913.

Für den Begriff „Schaumwein" ist es nicht ausreichend, daß aus dem Wein bei Entfernung seines Verschlusses Kohlensäure unter Aufbrausen entweicht; maßgebend ist vielmehr für Schaumwein, daß er im Gegensatz zur Gärung anderer Weine, die in offenen Gefäßen erfolgt, in verschlossenen Flaschen den Gärungsprozeß durchmacht, dann entheft wird und hernach die Flaschen sofort wieder verschlossen werden.

Ein aus Obstwein, Alkohol, Zucker und Nußextrakt unter der Bezeichnung „Samosa" in den Handel gebrachter Fruchtwein ist als Weinnachmachung (§§ 9 und 13 des Weingesetzes) anzusehen, da er Traubenwein (Süßwein) vortäuscht. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 6. Juni 1913.

Die bloße Angabe der durch ein Heilmittel zu beseitigenden Krankheiten und der Anwendungsweise des Mittels ist nicht als prahlerische Anpreisung anzusehen. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 5. Juni 1913.

Pfarrer Kneipp-Pillen gehören zu den nicht freigegebenen Arzneimitteln und dürfen daher in den Bezirken, in denen durch Polizeiverordnung die Ankündigung derartiger Arzneimittel verboten ist, nicht angekündigt werden. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 14. Juli 1913.

Ankündigung von Carmol (als Mittel gegen Rheuma, Hexenschuß, Magenschmerzen, Kopf-, Zahnschmerzen u. dergl.) ist unzulässig. Urteil des Oberlandesgerichts in Dresden (Str.-S.) vom 20. August 1913.

Eine Lösung eines freigegebenen Arzneimittels ist gleichwohl als eine dem freien Verkehr nicht überlassene Lösung im Sinne der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 (Verzeichnis A Nr. 5) anzusehen.[1] Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 21. Juli 1913.

---

[1]) Es handelte sich im vorliegenden Fall um eine Lösung von übermansaurem Kali, die zusammen in einer Schachtel mit Bärentraubenblätter und Leinsamen als Tripplex gegen Harnröhren-Ausflüssen, auch veralteten, als sehr wirkend angepriesen war.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Ausführungsbestimmungen des Staatsministeriums zu den Vorschriften über die Reisekosten der Staatsbeamten vom 24. September 1910. Beschluß des Königlichen Staatsministeriums vom 24. Juli 1913.

§ 28 der Ausführungsbestimmungen zu den Vorschriften über die Reisekosten der Staatsbeamten vom 24. September 1910 wird aufgehoben.

Haben hiernach auf einer Strecke, die nicht mit der Eisenbahn, Kleinbahn oder dem Schiffe zurückgelegt werden kann, mehrere Beamte gemeinschaftlich dasselbe Verkehrmittel benutzt und ist das Verkehrsmittel von einem oder mehreren der an der Dienstreise beteiligten Beamten den übrigen zur unentgeltlichen Benutzung oder Mitbenutzung eingeräumt worden, so hat die Berechnung der Fahrkosten lediglich unter Berücksichtigung der § 3 Abs. 5 und § 5 des Reisekostengesetzes sowie der §§ 19 und 27 der Ausführungsbestimmungen zu erfolgen. Dabei tritt, wenn nur ein Beamter die Kosten des gemeinschaftlichen Verkehrmittels trägt, eine Ermäßigung der Fahrkosten auf 30 Pfennig für das Kilometer nicht ein.

Wiederbelebungsversuche bei tödlichen Unfällen durch elektrischen Strom. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. August 1913 — M. 2273 — an die Aerztekammern.

Es ist neuerdings wiederholt beobachtet worden, daß bei tödlichen Unfällen durch elektrischen Strom die Wiederbelebungsversuche nicht genügend lange Zeit ausgedehnt worden sind; ja, daß selbst von den Aerzten deren Einstellung als nutzlos frühzeitig veranlaßt worden ist. Es ist indessen bekannt, daß gerade bei Unfällen dieser Art der Erfolg der Wiederbelebungsversuche oft erst sehr spät sich einstellt und daher solche Versuche mindestens 2 Stunden lang ununterbrochen fortgesetzt werden müssen. Indem ich im übrigen auf meinen Erlaß an die Regierungspräsidenten und den hiesigen Polizeipräsidenten vom 8. März 1912 — M. 55 II — Min.-Bl. für Med.-Angelegenheiten für 1912, S. 122 [1]) — Bezug nehme, ersuche ich ergebenst, die Aerzte des Kammerbezirks gefälligst in geeigneter Weise auf die Notwendigkeit der längeren Ausdehnung der in Frage kommenden Wiederbelebungsversuche aufmerksam machen zu wollen.

B. Königreich Sachsen.

Geschäftsordnung des Landesgesundheitsamts. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 24. Juni 1913.

Nach § 19 der Verordnung über die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes vom 20. Mai 1912 [2]) hat sich das Landesgesundheitsamt die nachstehende Geschäftsordnung gegeben, die von dem Ministerium des Innern genehmigt worden ist.

Soweit die Bestimmungen in § 13 dieser Geschäftsordnung über die Bildung von Prüfungsausschüssen von Vorschriften abweichen, die in früheren Verordnungen des Ministeriums des Innern enthalten sind, werden letztere hiermit für erledigt erklärt.

Geschäftsordnung für das Landesgesundheitsamt.

§ 1. Der Präsident erhält, soweit er nichts anderes anordnet, alle eingehenden Sachen vorgelegt und überweist diejenigen, die er nicht selbst erledigt, den zuständigen Abteilungen.

§ 2. Die Abteilungsvorsitzenden ernennen für jede Angelegenheit einen Berichterstatter, nach Bedarf auch Mitberichterstatter.

Sind mehrere Abteilungen an der Beratung eines Gegenstandes beteiligt, so bestimmt der Präsident, welche Abteilung den Berichterstatter stellt. Den

---

[1]) Siehe Beilage, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung zu Nr. 8 dieser Zeitschrift; Jahrg. 1912, S. 133.

[2]) Ebenda; Nr. 1912, S. 159.

anderen Abteilungen steht es frei, Mitberichterstatter zu ernennen; der Eingang ist ihnen daher vor Abgabe an den Berichterstatter vorzulegen.

§ 3. Das zu erstattende Gutachten arbeitet der Berichterstatter unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Beratung aus. Die dem Vorsitzenden einzureichenden Niederschriften sind mit dem Namen des Berichterstatters, gegebenenfalls auch der Mitberichterstatter zu versehen.

§ 4. Zur vorläufigen Erledigung dringlicher Angelegenheiten oder zur Vorberatung besonders umfangreicher und zeitraubender Vorlagen werden Geschäftsausschüsse gebildet.

In Präsidialangelegenheiten besteht der Geschäftsausschuß mindestens aus dem Präsidenten und den Abteilungsvorsitzenden. Weitere Mitglieder kann der Präsident zuziehen.

In einer Abteilungssache hat der Ausschuß mindestens aus dem Vorsitzenden, dem Medizinal- oder Veterinärreferenten des Königlichen Ministeriums des Innern und dem geschäftsführenden Mitgliede der Abteilung zu bestehen. Der Vorsitzende kann ihn ergänzen.

Bei einer Angelegenheit, die von mehreren Abteilungen zu bearbeiten ist, bestimmen der Präsident und die Vorsitzenden der anderen Abteilungen seine Zusammensetzung.

§ 5. Die Vorsitzenden der Abteilungen berufen die Sitzungen ihrer Abteilungen ein und stellen die Tagesordnungen dafür auf. Die Tagesordnungen der einzelnen Abteilungen sind den Vorsitzenden der anderen Abteilungen bekannt zu geben.

Die Festsetzung der Tagesordnung zur Sitzung mehrerer Abteilungen und die Einberufung der Mitglieder hierzu steht dem Präsidenten zu.

Bei Behinderung des Präsidenten kann sein Stellvertreter den Vorsitz in gemeinschaftlichen Sitzungen der I. und III. Abteilung dem stellvertretenden Vorsitzenden der I. Abteilung übertragen.

§ 6. Die Verhandlungen werden nach allgemeinen parlamentarischen Grundsätzen geleitet.

§ 7. Wird über einen Gegenstand, über den nicht Einstimmigkeit vorhanden ist, abgestimmt, so stimmen die Mitglieder des Landesgesundheitsamtes und die Sachkundigen, die nach § 5 Absatz 4 der Verordnung über die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes vom 20. Mai 1912 zugezogen sind, getrennt von einander ab. Mit den Mitgliedern des Landesgesundheitsamtes stimmt der medizinische Hilfsarbeiter der I. Abteilung, soweit er Berichterstatter ist.

§ 8. Namentliche Abstimmung erfolgt auf Anordnung des Vorsitzenden; sie muß stattfinden, wenn die Mehrzahl der stimmberechtigten anwesenden Mitglieder einem hierauf gestellten Antrage zustimmt.

§ 9. Die erweiterte Sitzung der I. Abteilung nach § 9 Absatz 3 der Verordnung vom 20. Mai 1912 wird gewöhnlich im November abgehalten. Ihr genauer Zeitpunkt wird in der Regel ein halbes Jahr zuvor festgesetzt.

Die Gegenstände, die auf die Tagesordnung einer erweiterten Sitzung kommen sollen, werden durch kollegiale Beschlußfassung ausgewählt und zwar bei der I. Abteilung im Hinblick auf § 7 der Verordnung zur Ausführung der Aerzteordnung vom 15. August 1904 (G.- u. V.-Bl. S. 353) jedesmal etwa 8 Wochen vor dem Sitzungstage.

Für die Verhandlung in den erweiterten Sitzungen aller Abteilungen sind die Bestimmungen in den §§ 6 bis 8 ebenfalls maßgebend.

§ 10. Es können auch gemeinsame erweiterte Sitzungen mehrerer Abteilungen unter dem Vorsitze des Präsidenten stattfinden; auf sie finden die Bestimmungen in § 9 sinngemäß Anwendung.

§ 11. Die außerordentlichen Mitglieder haben das Recht, für die erweiterten Sitzungen sowohl einzeln, als auch gemeinsam Beratungsgegenstände vorzuschlagen und Anträge zu stellen. Zur Besprechung können diese jedoch nur dann gelangen, wenn sie mindestens 14 Tage vor dem Zusammentritt der Versammlung dem Abteilungsvorsitzenden schriftlich angezeigt worden sind. Andernfalls sind sie bis zur nächsten erweiterten Sitzung zu vertagen, vorbehaltlich eines abweichenden Beschlusses der Versammlung.

Vertritt bei den Beratungen eine Minderheit eine Sonderansicht, so ist nach § 10 Absatz 3 der Verordnung vom 20. Mai 1912 zu verfahren.

Den außerordentlichen Mitgliedern werden für die Zeit ihrer Einberufung Tagegeld und Vergütung für Reisekosten vom Landesgesundheitsamte gewährt.

§ 12. Die in § 12 der Verordnung vom 20. Mai 1912 angeordneten Niederschriften sind in der Regel am Schlusse der Sitzung zu verlesen.

Bei Beratungen, zu denen keine Sachkundigen nach § 5 Absatz 4 der Verordnung vom 20. Mai 1912 zugezogen worden sind, kann von der Verlesung abgesehen werden; doch ist alsdann die Niederschrift bei sämtlichen Teilnehmern in Umlauf zu setzen.

§ 13. Die I. Abteilung hat je einen Prüfungsausschuß für die staatsärztliche Prüfung und die Prüfung der Hebammenschülerinnen in der Frauenklinik zu Dresden, die II. Abteilung je einen Prüfungsausschuß für die staatstierärztliche Prüfung und die Prüfung der Hufschmiede zu bilden. Die Zusammensetzung der Ausschüsse und ihre etwaige Abänderung sind dem Königlichen Ministerium des Innern anzuzeigen. Die bei Errichtung des Landesgesundheitsamtes vorhandenen Ausschüsse bleiben bis auf weiteres bestehen.

§ 14. Die Durchsicht uud Beurteilung der Niederschriften über die Revisionen der Apotheken, der ärztlichen Hausapotheken, der Gifthandlungen, Drogenhandlungen und Mineralwasserfabriken erfolgt durch die I. und III. Abteilung.

Die Prüfung der nach § 851 der Geschäftsordnung für die Königlich Sächsischen Justizbehörden eingehenden Akten geschieht durch die vom Präsidenten zu bestimmenden Abteilungen.

§ 15. Der in § 14 Absatz 3 der Verordnung vom 20. Mai 1912 vorgeschriebene Jahresbericht ist nach einem vom Präsidenten festzusetzenden Plan anzufertigen.

§ 16. Die unter der Verwaltung des Königlichen Ministeriums des Innern stehenden allgemeinen Landes-Heil-, Pfleg-, Erziehungs-, Korrektions- und Strafanstalten, sowie das Krankenstift Zwickau und das Bad Elster sind nach Vereinbarungen zwischen dem Direktor der IV. Abteilung des Königlichen Ministeriums des Innern und dem Vorsitzenden der I. Abteilung des Landesgesundheitsamtes regelmäßigen Revisionen zu unterwerfen.

Zu der Revision der Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Geistesschwache kann in besonderen Fällen ein psychiatrisches Mitglied des Landesgesundheitsamtes zugezogen werden. Von solchen besonderen Fällen hat der Vorsitzende der I. Abteilung des Landesgesundheitsamtes der IV. Abteilung des Königlichen Ministeriums des Innern unter Mitteilung des Tages der beabsichtigten Revision rechtzeitig Kenntnis zu geben, damit das Ministerium in die Lage gebracht wird, in ihm geeignet erscheinenden Fällen einen juristischen Beamten der IV. Abteilung an der Revision teilnehmen zu lassen.

Wegen der Einvernahme, die mit dem Medizinalreferenten des Königlichen Ministeriums des Innern vor jeder Revision von Landesanstalten zu geschehen hat, bewendet es bei der Vereinbarung zwischen dem Direktor der IV. Abteilung des Königlichen Ministeriums des Innern und dem Präsidenten des Landesgesundheitsamtes vom 8. November 1912.

Ebenso können von der I. Abteilung die sonst für Krankenbehandlungs-, Versorg- und Korrektionszwecke vorhandenen öffentlichen und privaten Einrichtungen, soweit sie dem Königlichen Ministerium dss Innern unterstehen, mit Einschluß der Heilquellen und Bäder nach Benachrichtigung der zuständigen Behörden durch Einsichtnahme in die von der Aufsichtsbehörde einzufordernden Verwaltungs- oder Revisionsberichte oder durch gelegentliche Revisionen einer Prüfung unterzogen werden.

§ 17. Die I. Abteilung hat ferner die Aufsicht über die im Gebäude des Landesgesundheitsamtes eingerichteten Polikliniken.

Auch hängt die Zulassung neuer Aerzte zur Tätigkeit daselbst von der Zustimmung des Vorsitzenden der I. Abteilung ab.

Ebenso untersteht die staatliche Lymphanstalt der Aufsicht der I. Abteilung.

§ 18. Den ärztlichen, tierärztlichen und pharmazeutischen Kreisvereinen hat das Landesgesundheitsamt seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen und ihre Entwicklung tunlichst zu fördern.

§ 19. Ferner hat das Landesgesundheitsamt allen Einrichtungen, die

der Fortbildung der Aerzte, Tierärzte und Apotheker nach Erlangung der Approbation dienen, besondere Sorgfalt zuzuwenden. Insbesondere hat die I. Abteilung die Geschäfte für das hilfsärztliche Externat in demselben Umfange zu führen, wie dies früher dem Landesmedizinalkollegium obgelegen hat.

§ 20. Die Geschäfte der Bücherei des Landesgesundheitsamtes und der etwa mit dieser zu verbindenden sonstigen Sammlungen werden, unter oberer Aufsicht des Präsidenten, von dem geschäftsführenden Mitgliede der I. Abteilung als Verwalter besorgt.

Der Verwalter hat von Zeit zu Zeit über die Neuanschaffungen dem Landesgesundheitsamte Vortrag zu erstatten und über die Verwendung der Mittel dem Ministerium des Innern alljährlich Rechnung abzulegen.

Für die Benutzung der Bücherei und ihres Lesezimmers gilt das Regulativ vom Jahre 1911 bis auf weiteres fort.

§ 21. Die Verteilung der Gebühren findet bei den einzelnen Abteilungen nach Uebereinkommen statt.

§ 22. Beim Landesgesundheitsamte werden vier Registranden geführt und zwar eine für die Präsidialgeschäfte und je eine für die drei Abteilungen.

§ 23. Der Kanzleivorstand öffnet die Eingänge und verteilt die bei der Kanzlei zu erledigenden Geschäfte, einschließlich der Kassengeschäfte, nach einem vom Präsidenten des Landesgesundheitsamtes zu genehmigenden Plan.

Derselbe Beamte hat für Anschaffung und Aufbewahrung der Siegel, Stempel, Schreibmittel und sonstigen Kanzleigeräte, desgleichen der Brenn- und Beleuchtungsstoffe zu sorgen und deren gehörige Verwendung zu überwachen.

C. Königreich Württemberg.

Aerztlicher Landesverein. Verfügung des Ministeriums des Innern vom 21. Mai 1913.

Die Verfügung des Ministeriums des Innern, betreffend die ärztlichen, tierärztlichen und pharmazeutischen Vereine, vom 30. Dezember 1875 (Reg.-Bl. von 1876 S. 5) und 14. Januar 1903 (Reg.-Bl. S. 7) wird mit allerhöchster Genehmigung Seiner Königlichen Majestät folgendermaßen geändert:

1. Der § 9 erhält folgenden Absatz 3:

„Dem Ausschuß gehört ferner ein Vertreter der medizinischen Fakultät der Landesuniversität an. Der Vertreter sowie ein Stellvertreter für ihn werden durch die Fakultät aus ihrer Mitte jeweils auf die Dauer von 3 Jahren gewählt; hierbei entscheidet die einfache Stimmenmehrheit der erschienenen Fakultätsmitglieder. Ueber das Wahlergebnis hat der Dekan der Fakultät dem Medizinalkollegium Mitteilung zu machen."

2. Der § 12 erhält folgenden Absatz 4:

„Der Vertreter der medizinischen Fakultät der Landesuniversität erhält als Entschädigung für Zeitaufwand und Auslagen die ihm für amtliche Verrichtungen außerhalb seines Wohnorts zustehenden verordnungsmäßigen Diäten und Reisekosten und zwar im Fall des Abs. 3 aus der Staatskasse, im übrigen aus der Fakultätskasse."

D. Großherzogtum Baden.

Prüfung und Anstellung der Staatsärzte. Landesherrliche Verordnung vom 29. Juli 1913.

Unsere Verordnung vom 19. August 1896, die Anstellung der Staatsärzte betreffend (Gesetzes- und Verordnungsblatt S. 251) wird, wie folgt, abgeändert:

§ 2. 1. Zur Prüfung werden nur Aerzte zugelassen, die die medizinische Doktorwürde bei einer Universität des Deutschen Reiches erworben und mindestens 2 Jahre die ärztliche Praxis im Großherzogtum ausgeübt haben, sofern sie den Nachweis erbringen, daß sie nach erlangter Approbation

a) an einer badischen staatlichen Heil- und Pflegeanstalt oder an einer badischen psychiatrischen Klinik mindestens drei Monate hindurch regelmäßig an der Untersuchung und Behandlung der Kranken mit Erfolg sich beteiligt,

b) an einer Universität des Deutschen Reiches
   1. mindestens drei Monate in einem hygienischen Institut gearbeitet,
   2. einen gerichtlich-medizinischen Kurs von mindestens dreimonatiger Dauer mitgemacht und
   3. Vorträge über die für Staatsärzte wichtigsten Rechtsnormen gehört haben.

2. Den in Absatz 1 lit. a und b erwähnten Aoforderungen kann, wenn die in lit. a bezeichnete Tätigkeit an einer psychiatrischen Klinik stattfindet, gleichzeitig Genüge geleistet werden.

3. Als Ausübung der ärztlichen Praxis wird auch die Tätigkeit als Assistent an einem badischen Krankenhaus oder einem medizinischen Institut einer badischen Universität angesehen, nicht aber die Ableistung des halben Jahres als einjährig-freiwilliger Arzt.

4. Aerzte, die ihre Approbation auf Grund der vor Inkrafttreten der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 geltenden Vorschriften erlangt haben, haben ferner nachzuweisen, daß sie vor oder nach Ablauf ihrer Studienzeit auf einer Universität des Deutschen Reichs Vorlesungen über gerichtliche Medizin und Psychiatrie besucht haben. Solche Aerzte, sowie Aerzte, die von Ableistung des praktischen Jahres ganz oder teilweise entbunden worden sind, haben ferner durch das Zeugnis eines beamteten Arztes nachzuweisen, daß sie mindestens zwei öffentlichen Impfungs- und ebensovielen Wiederimpfungsterminen beigewohnt und sich die erforderlichen Kenntnisse über Gewinnung und Erhaltung der Lymphe erworben haben.

5. Die Zulassungsgesuche sind mit den zu Absatz 1 lit. a und b, gegebenenfalls auch zu Absatz 4 zu liefernden Nachweisen, sowie unter Anschluß der Approbationsurkunde und eines Lebenslaufes beim Ministerium des Innern einzureichen.

§ 7 letzter Absatz. Die Prüfungsgebühr beträgt 60 M. Tritt der Kandidat von der Prüfung zurück, so wird für jeden zurückgelegten Prüfungsabschnitt eine Gebühr von 20 Mark erhoben. Bei Wiederholung der Prüfung in einem der drei Abschnitte (§ 3) wird für jeden wiederholten Abschnitt eine weitere Gebühr von 20 Mark erhoben.

§ 8. Von Erfüllung einzelner Bestimmungen kann das Ministerium des Innern im Benehmen mit dem Ministerium der Justiz aus besonderen Gründen ausnahmsweise Nachsicht erteilen.

E. Großherzogtum Hessen.

Ausführung des Gesetzes über die Feuerbestattung vom 19. August 1899. Bekanntmachung der Ministerien des Innern und der Justiz vom 8. Juli 1913.

Auf Grund des Artikels 8 des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, vom 19. August 1899 werden folgende Ausführungsbestimmungen erlassen:

I. Lage der Krematorien.

§ 1. Die Krematorien sind, wenn irgend möglich, in räumlichem Zusammenhang mit einem Friedhof anzulegen.

Sie dürfen nicht an Stellen errichtet werden, an denen sie für die Besitzer oder Bewohner benachbarter Grundstücke erhebliche Belästigungen verursachen können, oder an denen sie mit vorschreitender Bebauung in die unmittelbare Nachbarschaft von bebauten Straßen oder Plätzen gelangen können.

Das Krematorium soll von Gelände umgeben sein, auf dem die Aschenreste beigesetzt werden können.

Das Grundstück muß umfriedigt sein.

Bevor die Genehmigung nach Artikel 1 des Gesetzes erteilt wird, sind die Pläne und Beschreibungen der Anlage in der von der Aufsichtsbehörde vorzuschreibenden Weise offenzulegen und die Offenlegung wie bei dem Verfahren nach § 17 der Gewerbe-Ordnung öffentlich bekannt zu geben. Die Frist für etwaige Einwendungen beträgt 14 Tage, von dem Tage des Erscheinens der Bekanntmachung an gerechnet. Die Entscheidung über etwaige Einwendungen erfolgt zugleich mit der Genehmigung der Ortssatzung (Art. 1 des Gesetzes).

II. Einrichtung der Krematorien.

§ 2. Die Einäscherung muß in einem besonderen Einäscherungsraum, der vom Feuerungsraum getrennt ist, erfolgen.

Zurzeit sind die Einrichtungen, bei denen die Verbrennung durch Zuführung hocherhitzter Luft in den Verbrennungsraum stattfindet, technisch am vollkommensten. Jedenfalls muß das gewählte System die vollständige Verbrennung der Leiche bis auf die von Feuer nicht zerstörbaren anorganischen Bestandteile gewährleisten.

Zur Abführung der flüchtigen Produkte aus der Feuerung und dem Einäscherungsraum muß ein genügend hoher Schornstein vorgesehen werden.

§ 3. In jedem Krematorium müssen vorhanden sein:

a) eine Halle zur Abhaltung von Trauerfeierlichkeiten. Sie muß dem Zweck entsprechend würdig ausgestattet sein und muß vom Ofenraum getrennt sein.

Ein Teil der Halle kann als Urnenhalle ausgebildet werden, wenn dadurch der Charakter des Raumes für die Abhaltung von Trauerfeierlichkeiten nicht beeinträchtigt wird.

b) Bureauräume für die Verwaltung der Anstalt,

c) Raum für die Einfüllung der Aschenreste in die Aufbewahrungsgefäße, der gleichzeitig zur vorübergehenden Aufbewahrung von Urnen bis zu deren Beisetzung dienen kann,

d) Räume für die Aufbahrung von Leichen.

Diese Räume müssen kühl liegen und dürfen deshalb nicht in unmittelbarer Verbindung mit dem Ofenraum stehen. Sie müssen gut zu lüften sein, die Wände müssen abwaschbar sein, der Boden undurchlässig und mit Gefäll und Ablauf versehen sein.

Für Leichen von Personen, die an einer ansteckenden Krankheit gestorben sind, muß ein besonderer, verschließbarer Raum vorhanden sein.

e) ein Raum zur Vornahme von Leichenbesichtigungen und Leichenöffnungen.

Er muß hinlänglich groß, vom Tageslicht gut beleuchtet, heizbar und mit ausreichender Einrichtung zur künstlichen Beleuchtung versehen sein und einen zur Vornahme von Leichenöffnungen geeigneten Tisch sowie einen Tisch für den Protokollführer und einige Stühle enthalten. Der Fußboden muß wasserdicht und mit Gefäll und Ablauf versehen sein, die Wände müssen abwaschbar sein.

f) Bedürfnisanstalten.

Von den unter d) und e) vorgesehenen Räumen kann abgesehen werden, wenn sich in der Nähe des Krematoriums eine Leichenhalle mit Sektionsraum befindet, in die die Leichen bis zu ihrer Einäscherung verbracht werden können.

III. Betrieb der Krematorien.

§ 4. Das Krematorium darf erst in Betrieb genommen werden, nachdem die technischen Einrichtungen durch die zuständige Aufsichtsbehörde unter Zuziehung des Großherzoglichen Kreisarztes geprüft worden sind und die Betriebsordnung durch Ortssatzung genehmigt worden ist.

§ 5. Die Betriebsordnung der Krematorien muß mindestens folgende Vorschriften enthalten:

Die Särge dürfen nur aus Zinkblech oder aus dünnem, weichem Holz bestehen.

Die Leichen sollen möglichst mit einfachen Sterbekleidern aus (ungefärbtem) Leinen- oder Baumwollenstoff bekleidet sein.

Die Einäscherung darf nicht unterbrochen werden und muß solange fortgesetzt werden, bis nur noch die durch Feuer nicht zerstörbaren Teile zurückbleiben.

Die Aschenreste müssen aus dem Aschenraum alsbald nach dem Erkalten mit Geräten, die nur hierzu verwendet werden dürfen, sorgfältig und bis auf die letzten Reste aus dem Ofen entfernt und in das zur Aufnahme bestimmte Gefäß gebracht werden.

Die Aufnahmegefäße (Urnen) sind sofort zu verschließen und in dauerhafter Weise kenntlich zu machen, so daß Verwechselung ausgeschlossen wird.

Wenn die Aschenreste am Verbrennungsorte nicht beigesetzt werden, sind sie den Angehörigen zur Bestattung an einem polizeilich genehmigten Orte zu übergeben oder unmittelbar an die Verwaltung der für die Beisetzung genannten Bestattungsstätte zu übersenden.

§ 6. Der Unternehmer hat der Aufsichtsbehörde einen verantwortlichen Leiter zu bezeichnen.

Dieser ist verantwortlich für die genaue Befolgung der Betriebsordnung und die vorschriftsmäßige Registerführung.

Mit der sanitätspolizeilichen Ueberwachung des Betriebs wird der zuständige Großherzogliche Kreisarzt beauftragt.

Jede Einäscherung ist von dem Leiter der Anstalt in ein Register unter fortlaufender Nummer einzutragen unter Angabe von Vor- und Familiennamen, Stand, Geburtstag, Geburtsort, Todestag, Sterbeort, nötigenfalls auch letztem Wohnort des Eingeäscherten, Todesursache, Tag der Verbrennung und Ort der Beisetzung der Aschenreste.

§ 7. Die zur Feuerbestattung bestimmten Leichen sollen möglichst frühzeitig von dem Sterbehaus in die Leichenhalle überführt werden.

§ 8. Der Betrieb der Anstalt muß so geführt werden, daß jede Belästigung der Umgebung, insbesondere durch Entwicklung von üblen Gerüchen oder durch starke Rauchbildung vermieden wird.

§ 9. Verstöße gegen die bestehenden Vorschriften über die Einrichtung oder den Betrieb sind von dem verantwortlichen Leiter der Aufsichtsbehörde anzumelden.

Wenn durch den Betrieb wesentliche Forderungen nicht erfüllt werden, kann die Aufsichtsbehörde oder deren unmittelbar vorgesetzte Behörde nach fruchtloser Aufforderung zur Abstellung der Mängel die weitere Benutzung untersagen.

IV. Die Voraussetzungen für die Erlaubnis zur Feuerbestattung.

§ 10. Die Feuerbestattung darf nicht früher vorgenommen werden, als bis die Ortspolizeibehörde des Einäscherungsortes die schriftliche Erlaubnis zur Einäscherung erteilt hat.

Die Voraussetzungen für die Erlaubnis sind in Artikel 2, 3 und 4 des Gesetzes genannt.

§ 11. Das in Artikel 3 des Gesetzes verlangte Zeugnis des behandelnden Arztes darf nur nach vorgenommener Leichenschau ausgestellt werden und muß Aufschluß geben über:

a) Vor- und Zunamen, Geburtstag, Wohnort und Todestag des Verstorbenen,

b) Dauer der Behandlung durch den ausstellenden Arzt und Dauer der letzten Krankheit,

c) die wichtigsten Krankheitserscheinungen,

d) die gestellte Diagnose, nötigenfalls Differentialdiagnose mit entsprechender Begründung,

e) die Erscheinungen, unter denen der Tod eingetreten ist,

f) ob der Tod nach dem Krankheitsverlauf erwartet wurde oder unerwartet eintrat,

g) ob Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, daß der Tod auf gewaltsame Weise herbeigeführt wurde, bejahendenfalls welche,

oder ob nach dem Krankheitsverlauf und nach dem Ergebnis der vorgenommenen Leichenschau angenommen werden muß, daß der Verdacht, der Tod sei auf gewaltsame Weise herbeigeführt worden, nicht vorliegt,

h) ob der behandelnde Arzt der Leichenschau durch den beamteten Arzt beiwohnen will.

Das Zeugnis ist als ein begründetes Gutachten im Sinne der Ziffer 23c der Gebührenordnung für Aerzte vom 30. Dezember 1899 anzusehen.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau so zeitig vorzunehmen und das Zeugnis so zeitig auszustellen, daß die Einäscherung nicht verzögert wird.

Zur Ausstellung des Zeugnisses kann ein Formular mit Vordruck benutzt werden.

§ 12. Das Zeugnis des behandelnden Arztes ist alsbald dem zuständigen beamteten Arzt verschlossen vorzulegen. Dieser hat es genau zu prüfen, insbesondere nach der Richtung, ob die geschilderten Krankheitserscheinungen die gestellte Diagnose hinlänglich begründen und ob keine Erscheinungen für das Vorliegen einer gewaltsamen Todesart, etwa durch chronische oder akute Vergiftung sprechen, u. U. für kriminellen Abort.

Nach Prüfung des Zeugnisses hat der beamtete Arzt die Leichenschau vorzunehmen und nach Befund das erforderliche Zeugnis auszustellen oder die weiteren Erhebungen zu veranlassen.

Das Zeugnis des behandelnden Arztes ist dem Zeugnis des beamteten Arztes beizulegen.

§ 13. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, Ergänzungen der Krankengeschichte, die der beamtete Arzt für notwendig hält, zu liefern und die Fragen, die aus gleichem Grunde gestellt werden, zu beantworten.

Er ist berechtigt, der Leichenschau durch den beamteten Arzt beizuwohnen und seine abweichende Auffassung zu Protokoll zu geben. Auf sein Verlangen ist ihm der Termin der Leichenschau mitzuteilen (§ 11 h). Zur Leichenöffnung (§§ 14, 15 und 21) ist der behandelnde Arzt zuzuziehen.

§ 14. Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß jemand eines nicht natürlichen Todes verstorben ist, so darf die in Artikel 2 Abs. 1 des Gesetzes vorgeschriebene schriftliche Genehmigung erst erteilt werden, wenn nicht bloß die Voraussetzungen des Artikels 2 und die in Artikel 3 des Gesetzes vorgeschriebenen Zeugnisse vorliegen, sondern überdies die schriftliche Genehmigung der zuständigen Staatsanwaltschaft oder des zuständigen Gerichts (§ 157 Abs. 2 St. P. O.) erteilt ist.

Hat in einem solchen Falle richterliche Leichenschau unter Zuziehung eines beamteten Arztes stattgefunden, oder ein beamteter Arzt im Auftrag der zuständigen Behörde die Leiche besichtigt, so ist dieser zuständig zur Ausstellung des in Artikel 3 Ziffer 1 des Gesetzes vorgeschriebenen Zeugnisses, und es ist dann weiter das Zeugnis eines zweiten Arztes beizubringen, der erforderlichenfalls nach Anleitung des Artikels 4 Abs. 2 des Gesetzes von der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes zuzuziehen ist.

§ 15. Ist die Todesursache nicht aufgefunden worden oder besteht irgend ein Zweifel, ob ein natürlicher Tod vorliegt, besteht namentlich in dieser Hinsicht eine auseinandergehende Meinung zwischen den beiden beteiligten Aerzten, so ist, sofern auf der Feuerbestattung bestanden wird, die Leichenöffnung nach Artikel 4 Abs. 1 des Gesetzes vorzunehmen, auch wenn die gerichtliche Leichenöffnung nicht für erforderlich erachtet wird, worüber sich der beamtete Arzt mit der zuständigen Staatsanwaltschaft oder dem zuständigen Gericht in geeignetes Benehmen zu setzen hat.

Der beamtete Arzt kann bei der Leichenöffnung die chemische Untersuchung von Leichenteilen anordnen, wenn sie zur Beseitigung von Zweifeln über das Vorliegen einer Vergiftung nötig erscheint. Auch ist er berechtigt, Organteile zur mikroskopischen Untersuchung der Leiche zu entnehmen. Verweigern die Angehörigen ihre Zustimmung zur chemischen oder zur mikroskopischen Untersuchung, so kann die Feuerbestattung nicht stattfinden.

§ 16. Wenn bei der Leichenöffnung der Verdacht sich ergibt, daß der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt wurde, so ist die Leichenöffnung zu unterbrechen und die zuständige Staatsanwaltschaft oder das zuständige Gericht sofort zu benachrichtigen. Dabei sind Vorkehrungen zu treffen, daß bis zu dem Eintreffen der Justizbehörden an der Leiche und den etwa bereits herausgenommenen Organen keine Veränderung vorgenommen wird.

§ 17. Eine Leiche, die durch Feuer bestattet werden soll, darf von dem behandelnden Arzt oder von einem anderen, von den Angehörigen mit der Leichenöffnung beauftragten Arzt nicht früher geöffnet werden, als bis der beamtete Arzt die nach Artikel 4 des Gesetzes vorgeschriebene Leichenschau vorgenommen hat und das nach Artikel 3 Ziffer 1 notwendige Zeugnis ausgestellt hat.

V. Verfahren bei der amtsärztlichen Leichenschau und Leichenöffnung.

§ 18. Den Angehörigen des Verstorbenen ist die Anwesenheit bei der Leichenschau und der Leichenöffnung nur mit Zustimmung des beamteten Arztes gestattet.

§ 19. Die Leiche muß zur Besichtigung völlig entkleidet sein, die Besichtigung muß bei Tageslicht vorgenommen werden und sich auf alle Körperteile erstrecken. Wenn die Leiche rechtzeitig in das Krematorium überführt wird, kann die Leichenschau durch den beamteten Arzt in der Leichenhalle oder dem Sektionsraum des Krematoriums vorgenommen werden.

Die Kosten der bei der Leichenschau und Leichenöffnung zugezogenen Hilfspersonen haben die Bestattungspflichtigen zu tragen. Auf die richterliche Leichenschau und Leichenöffnung findet die Bestimmung keine Anwendung.

§ 20. Bei der Leichenschau, die der Erteilung des vorgeschriebenen Zeugnisses vorauszugehen hat, soll sich der beamtete Arzt bewußt sein, daß durch die Besichtigung die Verschleierung eines nicht natürlichen Todes, insbesondere auch eines durch strafbare Handlung herbeigeführten Todes verhütet werden soll. Er wird sich gegebenen Falles namentlich vor Augen halten, daß Selbstmord zur Verdeckung eines Verbrechens gegen das Leben vorgetäuscht werden kann. Er wird daher die Leichenschau für notwendig erklären, sobald nur der geringste Zweifel vorliegt, ob der Tod nicht durch eine strafbare Handlung verursacht wurde.

Je mehr er sich der Grenzen bewußt ist, die der Erkennung der Todesursache durch die äußere Besichtigung der Leiche gezogen sind, um so mehr wird er auf die Zeichen achten, die auf gewaltsamen Tod durch eigene oder fremde Hand schließen lassen. Solche sind — abgesehen von Wunden aller Art — unter anderem Blutunterlaufungen (Beulen) in den Weichteilen des Kopfes (Schädelbruch), Hautabschürfungen von charakteristischer Form und Verlauf (Ueberfahren), auffällige Blässe der Haut und der Schleimhäute (innere Blutung), Rippenbrüche (Verletzung der Brustorgane, Leberzerreißung, Ueber fahren durch Automobil), ungewöhnliche Lage der Totenflecke (bei Erhängten), ungewöhnliche Farbe der Totenflecke (bei Erfrorenen oder bei durch Kohlenoxyd, Zyankalium, Kaliumchlorat, Arsenwasserstoff usw. Vergifteten), Anätzung der Lippenschleimhaut oder der Mundwinkel oder des Zahnfleisches oder der Zunge (Vergiftung mit Lysol, Säuren, starken Laugen), auffälliger Geruch in der Nähe des Mundes (Lysol), nötigenfalls Prüfung der Reaktion der aus dem Mund kommenden Flüssigkeit; Strangfurchen, Würgspuren, Nageleindrücke und Blutunterlaufungen am Halse, Spuren geleisteter Gegenwehr an den Händen.

Anderseits ist auf die Erscheinungen an der Leiche zu achten, die die gestellte Diagnose bestätigen oder mit ihr nicht in Einklang stehen (Gelbsucht).

Wenn Einschnitte in die Weichteile zur Aufklärung notwendig sind, so müssen sie vorgenommen werden (z. B. Durchtrennung einer Beule in den Weichteilen der Schläfengegend oder des Hinterhaupts zur Prüfung, ob im Schädelknochen sich ein Sprung befindet.

§ 21. Die durch Artikel 4 Abs. 1 geforderte Leichenöffnung hat der zuständige beamtete Arzt auszuführen, und zwar unter entsprechender Anwendung des Verfahrens bei gerichtlichen Leichenöffnungen.

Sobald die Todesursache mit Sicherheit ermittelt ist und der Verdacht einer strafbaren Handlung damit beseitigt ist, brauchen die noch nicht eröffneten Körperhöhlen nicht untersucht zu werden.

Ueber das Ergebnis der Leichenöffnung und über die Todesursache ist ein Protokoll aufzunehmen, das von beiden Aerzten zu genehmigen, zu unterzeichnen und als Anlage zur Bescheinigung über die Todesursache zu den Aktn zu geben ist.

IV. Schlußvorschriften.

§ 22. Die Ortspolizeibehörde des Einäscherungsortes hat die Nachweise, die zur Genehmigung der Feuerbestattung vorgelegt werden müssen, nach der Reihenfolge der Bestattung geordnet aufzubewahren.

§ 23. Aufsichtsbehörde im Sinne gegenwärtiger Verordnung ist in Gemeinden, auf die Städteordnung Anwendung findet, der Oberbürgermeister oder Bürgermeister, in allen anderen Fällen das Großherzogliche Kreisamt.

§ 24. Die nach Artikel 1 des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, zu erlassende Ortssatzung darf nicht im Widerspruch mit den vorstehenden Vorschriften stehen.

§ 25. Die durch das Verfahren der Behörden bei Durchführung vorstehender Vorschriften entstehenden Kosten (einschließlich der Transportkosten der beamteten Aerzte) fallen den Bestattungspflichtigen zur Last.

§ 26. Die unter dem 15. November 1899 erlassene Ausführungsanweisung wird aufgehoben.

§ 27. Gegenwärtige Bekanntmachung tritt am 1. August 1913 in Kraft.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 19. **5. Oktober.** 1913.

Rechtsprechung.

In der Operation eines fast 21 Jahre alten Minderjährigen ohne vorherige Genehmigung des gesetzlichen Vertreters liegt eine fahrlässige Handlung seitens des Arztes nicht vor, wenn er nach Lage der Sache annehmen konnte, daß der Operierte das Großjährigkeitsalter schon erreicht hatte. Urteil des preuß. Kammergerichts (XVIII. Z.-S.) vom 15. März 1913.

Bezüglich der Frage, ob die Vornahme der Operation selbst ein vertretbares Verschulden enthält, hat das Berufungsgericht sich der Ansicht des ersten Richters, daß eine von einem Arzte ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters an einem Minderjährigen vorgenommene Operation eine objektiv rechtswidrige Handlung ist, angeschlossen; es hat aber abweichend von dem ersten Richter nicht angenommen, daß die Nichteinholung der Genehmigung des Vormundes auf einer Fahrlässigkeit des Beklagten beruht. Der Beklagte hat die nach den Gründen des angefochtenen Urteils als unstreitig hingestellte Behauptung des Klägers, daß er dessen Minderjährigkeit bei der Vornahme der Operation gekannt habe, ausdrücklich bestritten und hat darauf hingewiesen, daß der Kläger bei der Vornahme der Operation schon im 21. Lebensjahre stand und das Großjährigkeitsalter beinahe erreicht gehabt und völlig den Eindruck eines ausgewachsenen Mannes gemacht habe. Für den Beklagten lag daher kein äußerer Anlaß vor, sich nach dem Alter des Klägers zu erkundigen und Ermittelungen darüber anzustellen, ob dieser in der Geschäftsfähigkeit noch beschränkt sei. Allerdings war, wie der Kläger behauptet und der Beklagte auch nicht bestritten hat, das Alter des Klägers in dessen Personalien bei der Aufnahme in die Klinik des Beklagten eingetragen; indes kann es nicht als Fahrlässigkeit des Beklagten aufgefaßt werden, wenn er vor der Operation des Klägers von dieser Eintragung keine Kenntnis genommen und deshalb auch nicht die erforderliche Genehmigung des Vormundes eingeholt hat. Sache des Klägers wäre es wohl gewesen, den Beklagten auf seine noch vorhandene Minderjährigkeit hinzuweisen; da er dieses unterlassen hat, kann er den Beklagten aus dieser Unterlassung nicht verantwortlich machen, zumal der Beklagte als Chefarzt einer größeren Klinik sich nicht um alle Einzelheiten des Betriebes kümmern kann. Medizinal-Archiv; 1913, H. 2.

Der Anspruch auf Zulassung des Angeschuldigten und seines Verteidigers zu Beweisterminen im ehrengerichtlichen Verfahren. Beschluß des preußischen ärztlichen Ehrengerichtshofs vom 10. Juni 1913.

Die Auffassung des Ehrengerichts, die von ihm in der ersten Hauptverhandlung nach Abschluß der Voruntersuchung und Erhebung der Anklage beschlossene Zeugenvernehmung sei ein Teil der Voruntersuchung oder gewissermaßen als solcher aufzufassen, ist nicht haltbar. Das Ehrengericht kann nach § 34 des Gesetzes vom 25. November 1899 in der Hauptverhandlung (§ 33) jederzeit deren Aussetzung anordnen, wenn es eine solche behufs weiterer Aufklärung der Sache sowie beim Hervortreten neuer Tatumstände oder rechtlicher Gesichtspunkte für angemessen erachtet. Es kann diese weitere Aufklärung dadurch erreichen, daß es die erneute Eröffnung und Ergänzung der Voruntersuchung beschließt. Diese Befugnis ist im Gesetz nicht besonders ausgesprochen, steht dem Ehrengericht aber zweifellos zu (vergl. auch Altmann § 34 Anm. 1). Das Ehrengericht hat dies im vorliegenden Fall nicht getan, und, nachdem die Voruntersuchung gemäß § 27 Ges. in aller Form geschlossen und das Verfahren den vorgeschriebenen weiteren Weg (§ 28 f) gegangen war, kann nicht ein

weiterer Verfahrensabschnitt wieder „gewissermaßen“ als Teil der Voruntersuchung betrachtet werden. Nebenbei würde selbst in der Voruntersuchung die Zulassung des Verteidigers gesetzlich nicht ausgeschlossen sein. § 30 Ges. sagt nur, daß der Angeschuldigte in der Hauptverhandlung das Recht auf Zulassung des Beistandes hat, ohne die Zulassung nach Ermessen des Ehrengerichts für die Voruntersuchung auszuschließen (vergleiche auch Altmann Anm. 2 zu § 30).

Das Ehrengericht kann zweitens die weitere Aufklärung im Sinne des § 34 dadurch erreichen, daß es gemäß § 35 die Vernehmung von Zeugen durch einen ersuchten Richter oder in der Hauptverhandlung anordnet. Dabei sind nach § 35 Abs. 2 die Vorschriften des § 24 Abs. 3 bis 6 entsprechend anwendbar. Die entsprechende Anwendung des § 23 Abs. 4 ergibt, daß das Ehrengericht berechtigt ist, das zuständige Amtsgericht um die Zeugenvernehmung zu ersuchen, wenn ein ordnungsmäßig geladener Zeuge nicht erschien oder die Aussage verweigerte oder (Absatz 6) zu weit entfernt wohnt. In vorliegendem Fall konnte das Ehrengericht das Amtsgericht B. ersuchen, da der Zeuge W. vor dem Ehrengericht trotz ordnungsmäßiger Ladung nicht erschienen war. Sonst hätte die Vernehmung vor dem Ehrengericht in der Hauptverhandlung erfolgen müssen (vergl. auch Altmann § 35 Anm. 3). Hieraus ergibt sich aber ohne weiteres, daß zu der notgedrungen vor dem ersuchten Richter stattfindenden Beweisaufnahme der Angeschuldigte und sein Verteidiger Zutritt haben muß. Sie stellt gewissermaßen eine Fortsetzung der Hauptverhandlung dar; der Angeschuldigte würde, wäre er hier nicht ebenso wie vor dem Ehrengericht zugelassen, durch eine von ihm nicht verschuldete Zufälligkeit, nämlich die Widersetzlichkeit des Zeugen, in seiner Verteidigung wesentlich und grundlos beschränkt.

Hiernach bedurfte es auch der analogen Anwendung des § 223 der Strafprozeßordnung nicht, der im Strafverfahren dem Angeschuldigten und seinem Verteidiger im gleichen Fall das Recht der Anwesenheit bei der Beweisaufnahme gibt.

Standesunwürdige Reklame eines Arztes durch Aushängung von Plakaten in Eisenbahnwagen. Entscheidung des preßischen ärztlichen Ehrengerichtshofs vom 9. Juni 1913.

Durch Urteil des ärztlichen Ehrengerichts für die Provinz Sch. vom 26. November 1912 ist der Angeschuldigte kostenfällig mit einer Geldstrafe von 500 Mark bestraft. Er hat gegen dieses Urteil fristgerecht das Rechtsmittel der Berufung eingelegt und begründet.

Das Ehrengericht hat den Angeschuldigten bestraft, weil er durch Aushängen des im Vorderurteil wiedergegebenen Plakats in den Personenwagen von vier Eisenbahnlinien während der Jahre 1911 und 1912 eine standesunwürdige Reklame betrieben und sich dadurch der Achtung unwürdig gezeigt habe, welche der ärztliche Beruf erfordert.

Der Angeschuldigte gibt zu, daß er mit dem Eisenbahnplakatbureau L. in C. wegen Aushängung der Plakate zu Reklamezwecken in Eisenbahnwagen einen Vertrag geschlossen habe und bedauert dies. Er bestreitet, daß er den Aushang der Plakate auf fünf Jahre vereinbart habe. Im übrigen macht er zur Rechtfertigung der Berufung geltend, daß Sanatorien auf kaufmännischer Grundlage beruhen müßten und daß damit auch Reklame für sie geboten sei. Sie werde auch vielfach in ähnlicher Weise unbeanstandet getrieben.

Die Berufung war in der Hauptsache als unbegründet zurückzuweisen.

Die tatsächlichen Feststellungen des Vorderrichters sind einwandsfrei auf Grund der eigenen Angaben des Angeschuldigten und der Aussage des Zeugen L. Dieser hat auch unter Eid angegeben, daß der Angeschuldigte das Abkommen wegen der Reklame auf fünf Jahre getroffen habe. Weiterer Ergänzung des tatsächlichen Materials bedurfte es hiernach nicht.

Es mag an sich richtig sein, daß den Sanatorien das Recht auf Reklame in weiterem Umfange zuzugestehen ist, als den einzelnen praktischen Aerzten, weil die Sanatorien darauf angewiesen sind, ihre Patienten nicht nur aus ihrem Standorte, sondern aus weiteren Gebieten heranzuziehen. Es muß aber daran festgehalten werden, daß die Art der Reklame stets der Standeswürde des Arztes entsprechen muß. Der Ehrengerichtshof hat aber auch nach nochmaliger Prüfung daran festgehalten, daß die Reklame im Eisenbahnwagen als standes-

würdig nicht anzusehen ist; denn sie wirkt unzweifelhaft aufdringlicher als die Veröffentlichung in einer Zeitung. Die Anzeige in einer Zeitung kommt nur demjenigen zu Gesicht, der den Anzeigenteil einer Zeitung aus irgendeinem Grunde durchsieht. Dem Anblick einer Anzeige in einem Eisenbahnwagen kann sich aber niemand entziehen, der überhaupt das betreffende Abteil benutzt. In dieser Aufdringlichkeit der Anzeige liegt das Standesunwürdige. Mit Unrecht beruft sich der Angeschuldigte demgegenüber darauf, daß gegen eine solche Reklame in früheren Jahren auf dem Gebiete der Berliner Stadt- und Vorortbahnlinien nicht eingeschritten sei; denn bereits seit längerer Zeit hat der Ehrengerichtshof daran festgehalten, daß eine solche Reklame unzulässig ist. Insbesondere konnte der Angeschuldigte über diese Stellung des Ehrengerichtshofs nicht im Zweifel sein, nachdem er durch Beschluß des Ehrengerichtshofs vom 17. Oktober 1911 wegen eines ähnlichen Vergehens mit einer Warnung bestraft war. Auch die weitere Berufung des Angeschuldigten auf die Reklame, die für Sanatorien auf Ausstellungen, wie auf der Jahrhundertausstellung in Breslau, auf der Reiseausstellung, auf der Hygieneausstellung in Dresden durch Auslegen von Plakaten und Abbildungen, durch Aufstellung von Modellen und ähnl. gemacht werde, geht fehl. Denn in allen diesen Fällen ist die Reklame nicht Selbstzweck, oder soll es wenigstens nicht sein. Vielmehr ist der Zweck der Ausstellung als solcher der, einen bestimmten Gegenstand, sei es das Wirtschaftsleben eines bestimmten Bezirks, oder den Reiseverkehr in seinen verschiedenen Bedeutungen für die menschliche Kultur, oder aber die Hygiene in ihren Beziehungen zum menschlichen Leben darzustellen. Soweit sich die Veröffentlichung über ein Sanatorium in den Rahmen dieses Sonderzwecks der betreffenden Ausstellung einfügt, ist sie nicht Mittel zur Reklame, und daher auch nicht als solche zu bewerten, sondern bildet einen Gegenstand der Ausstellung wie alles andere, was dort gezeigt wird.

Zu einer Bestrafung des Angeschuldigten lag hiernach um so mehr Anlaß vor, als er seit dem früheren, oben angezogenen Erkenntnisse des Ehrengerichtshofs Zeit genug gehabt hatte, den Auftrag, den er der Firma L. erteilt hatte, wieder zurückzuziehen. Immerhin erschien die gegen ihn verhängte Strafe erheblich zu hoch. Zunächst war zu erwägen, daß die Form des Plakats, wenn diese auch an sich standesunwürdig ist, doch keineswegs besonders auffällig gehalten ist. Sodann fiel zugunsten des Angeschuldigten ins Gewicht, daß er, wie er des Näheren in seiner Berufungsschrift ausführt, an sich bei der Verwaltung seines Sanatoriums durchaus den ärztlichen Gesichtspunkt voranstellt, und daß er die geschäftliche Reklame wesentlich mit Rücksicht auf seine finanzielle Teilhaber betreibt. Daß ihn dieser letztere Umstand nicht von der Strafe befreien kann, ist allerdings in der Entscheidung erster Instanz unter Bezugnahme auf die frühere Rechtsprechung des Ehrengerichtshofs zutreffend dargelegt. Schließlich hat der Ehrengerichtshof auch strafmildernd berücksichtigt, daß der Angeschuldigte im Termin hat erklären lassen, daß er sich künftig der Entscheidung des Ehrengerichtshofs fügen würde. Er hat deshalb die Geldstrafe auf 200 Mark herabgesetzt.

Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen hochgradiger Schwerhörigkeit. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. S.) vom 6. Januar 1913.

Aus den ärztlichen Gutachten des Kreisarztes Dr. Th. und des Ohrenarztes Dr. K. ebenso wie aus den von der N. selbst angeführten Vorschriften und Darlegungen des Hebammenlehrbuches ergibt sich mit Sicherheit, daß eine Hebamme, die die Herztöne des Kindes im Mutterleibe nicht zu hören vermag — wie es bei der N. nach den von ihr selbst den Sachverständigen gemachten Angaben und den Gutachten der Sachverständigen der Fall ist — unter Umständen das Leben des Kindes gefährdet. Wenn die N. auch in allen anderen Beziehungen eine durchaus tüchtige und zuverlässige Hebamme sein und unter gewissen günstigen Umständen eine dem Kinde drohende Lebensgefahr trotz des unzulänglichen Gehörs wahrzunehmen imstande sein mag, so kommen doch auch solche Fälle vor, in denen sie unbedingt der Fähigkeit bedarf, die Herztöne und ihre Veränderungen wahrzunehmen, um die zur Erhaltung des Kindes erforderlichen Maßregeln treffen zu können. Danach besitzt die N. nicht mehr die zur Ausübung des Berufs unentbehrlichen und bei Erteilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzten körperlichen Fähigkeiten. Indem sie trotz des

Mangels einer dieser Fähigkeiten der ihr nicht unbekannt geblieben sein konnte, den Hebammenberuf weiter betreibt, obwohl sie dadurch unter Umständen Gesundheit und Leben der ihrer Fürsorge anvertrauten Personen gefährdet, tut sie durch die weitere Ausübung des Berufes dar, daß sie derjenigen Zuverlässigkeit entbehrt, die Voraussetzung für die Erteilung des Hebammenzeugnisses ist. Ihr ist um deswillen gemäß § 53 der R.-Gew.-O. das Prüfungszeugnis mit Recht entzogen worden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken- usw. Anstalten. Runderlaß des Ministers des Innern vom 11. August 1912 — M 6978 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf eine in letzter Zeit ergangene Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts habe ich die von mir in Abs. 4 des Runderlasses vom 8. Juli 1911 — M 5013, M. d. ö. A. III B 4. 934, M. f. H. III 4735 —[1]) getroffene Anordnung hiermit auf und erlasse die in der Anlage bezeichneten Vorschriften als allgemeine Anordnung im Sinne des § 115 Abs. 3 des Zuständigkeitsgesetzes zur Nachachtung bei der Konzessionierung der Privat-Kranken, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten.

Der Bezirksausschuß ist zu benachrichtigen. Die neuen Vorschriften weichen von den unterm 8. Juli 1911 erlassenen lediglich in den §§ 5 und 35 ab.

Wortlaut der abgeänderten §§ 5 und 35 aus den „Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen“.

§ 5. 1. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage hergestellt und in allen Geschossen einschließlich des Dachgeschosses mit massiven Wänden umgeben werden. Naturstein ist nur zulässig, wenn die freien Stufenenden sicher unterstützt sind, die unterstützenden Träger glutsicher ummantelt werden und die Unterseite der Stufen durch Drahtmörtelputz aus Zementmörtel geschützt wird. — Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips-Kunststeinplatten, Rabitzmasse und dergl. sowie Treppen aus Naturstein, auch wenn die Stufen nicht unterputzt und am Ende nicht unterstützt sind.

2. Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein, die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittsbreite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

3. Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1—5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 sind Ausnahmen zulässig.

Abänderung der Grundsätze über Einrichtung und Betrieb von Katgutfabriken. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. August 1913 — M. Nr. 11331 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die vom Kaiserlichen Gesundheitsamte aufgestellten Grundsätze über Einrichtung und Betrieb von Katgutfabriken sind unter Nr. 7 und 15[2]) wie folgt abgeändert bezw. ergänzt worden.

7. Als Rohmaterial für die Katgutherstellung darf nur Darm verwendet werden, der von tierärztlich untersuchten und zweifellos gesund befundenen

---

[1]) Siehe Beilage „Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung“ zu dieser Zeitschrift; 1911, Nr. 14, S. 133.

[2]) Ebenda; 1912, Nr. 9, S. 133.

Schlachttieren stammt. Der Darm muß alsbald nach der Schlachtung gereinigt, innerhalb 24 Stunden geschleimt und entweder sofort in diesem frischen Zustank verarbeitet oder hierauf getrocknet und alsdann vor Verunreinigungen geschützt aufbewahrt worden sein.

15. Bei in den Handel kommenden Katgut müssen außen auf der Verpackung die Betriebsstätten, in denen das Katgut hergestellt und gegebenenfalls sterilisiert wurde, in letzterem Falle auch das angewandte Sterilisationsverfahren deutlich angegeben sein.

Euere Hochgeboren (Hochwohlgeboren) ersuche ich ergebenst, die Grundsätze in der neuen Fassung nunmehr in allen Betrieben, die sich mit der Herstellung von Katgut oder der Fertigstellung von sterilisiertem Katgut aus Rohkatgut befassen, zur Durchführung bringen und die strenge Einhaltung genau überwachen zu lassen.

Verwendung von Zyankali zur Reinigung von Metallgeschirr in Gastwirtschaften usw. Erlaß des Ministers des Innern und für Handel und Gewerbe vom 24. August 1913 — M. d. Inn. M 6925, M. f. H. II b 7142 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Es ist zu unserer Kenntnis gelangt, daß das u. a. auch gewerblichen Zwecken dienende Zyankali neuerdings in Gastwirschaften zur Reinigung von silbernem Tafelgeschirr benutzt wird. Die aus diesem Anlaß gehörte Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen hat gegen die Zulassung einer derartigen Verwendung von Zyankali und anderen Stoffen, die beim Zusammentreffen mit Säuren Blausäure entwickeln, schwerwiegende Bedenken erhoben. Nach ihrem Gutachten besteht zunächst die Befürchtung, daß die mit der Reinigung des Tafelgeschirrs beschäftigten Personen, die ihrer ganzen Tätigkeit nach an den Umgang mit einem solchen Gift nicht gewöhnt sind, in gesundheitlicher Beziehung stark gefährdet werden. Dann aber liegt bei Betrieben wie Gastwirtschaften die Gefahr vor, daß durch nicht sorgfältige Aufbewahrung eines so starken Giftes, wie es das Zyankali ist, die Gesundheit weiterer Kreise im höchsten Maße geschädigt werden kann. Auf Grund dieses Gutachtens ist die Verwendung des Zyankalis und ähnlicher Verbindungen zur Reinigung von Metallgeschirr in Hotels, Restaurants, Sanatorien usw. nicht als erlaubter gewerblicher oder wirtschaftlicher Zweck und derjenige, der dieses Gift so verwenden will, nicht als zuässig im Sinne des § 12 der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften vom 22. Februar 1906 anzusehen.

Ew. pp. ersuchen wir ergebenst, die beteiligten Kreise — namentlich die Gifthändler — hierauf aufmerksam zu machen und die Polizeibehörden Ihres Bezirks noch besonders anzuweisen, Erlaubnisscheine zum Erwerbe von Zyankali usw. für den erwähnten Zweck nicht zu erteilen.

Verwendung der Kemirinüsse zur Herstellung von Nahrungsmitteln und die Beaufsichtigung der Margarine- und Kunstspeisefettfabriken. Erlaß der Minister des Innern, für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft, Domänen und Forsten vom 4. September 1913 — M. d. Inn. M 6933, M. f. H. II b 7308, M. f. L. I A III e 7954 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei Erörterungen über die Zollbehandlung der Kemirinüsse war darauf hingewiesen worden, daß diese Nüsse und das aus ihnen gewonnene Oel auch zum Zwecke des menschlichen Genusses verwendet würden. Da die bisherigen Angaben über die Schädlichkeit einer solchen Verwendung sich nicht als ausreichend erwiesen, sind von dem Kaiserlichen Gesundheitsamt eigene physiologische Versuche mit botanisch bestimmten, einwandfreiem Material angestellt worden. Sie haben zu dem Ergebnis geführt, daß die Nüsse ebenso wie das darin enthaltene Oel für den menschlichen Genuß nicht unbedenklich sind. Die Nüsse bewirken beim Menschen schon in verhältnismäßig kleinen Mengen 1⅓ bis 4 Stück) eine oder mehrere reichliche dunnflüssige Darmentleerungen, die mit leichten, aber ausgeprägten Störungen des Allgemeinbefindens verbunden sind. Diese abführende Wirkung ist, wie besondere Versuche lehrten, dem in den Nüssen enthaltenen Oel zuzuschreiben. Das durch Ausziehen der zerkleinerten Nüsse mit leichtflüchtigen Lösungsmitteln oder durch Abpressen der Nüsse gewonnene Oel wirkt bei Katzen ebenfalls abführend und erregt

bei dieser Tierart und bei Hunden, in größeren Mengen einverleibt, Erbrechen. Eigentliche Giftwirkungen konnten nicht festgestellt werden.

Es muß danach also die Frage, ob diese Nüsse oder das Oel zur Herstellung von Nahrungsmitteln Verwendung finden dürfen, verneint werden.

Indem wir Ew. pp. hiervon Kenntnis geben, ersuchen wir unter Hinweis auf den Erlaß vom 27. September 1911 — Min. f. Handel pp. II b 7342, Min. f. Landwirtschaft pp. I A III e 10597, Min. d. Innern M 7039 — ergebenst, dahin Anordnung zu treffen, daß bei der Ueberwachung der Margarine- und Kunstspeisefettfabriken auch auf die etwaige Verarbeitung von Oel aus Kemirinüssen geachtet wird.

Die uns gemäß dem Erlaß bisher erstatteten Berichte lassen die Notwendigkeit einer weiteren regelmäßigen Beaufsichtigung jener Fabriken erkennen. Nachdem wir aus den mitgeteilten Befunden einen genügenden Einblick in die Verhältnisse gewonnen haben, glauben wir von der angeordneten alljährlichen Berichterstattung über die Revisionsergebnisse bis auf weiteres absehen zu können. Wir ersuchen daher ergebenst, künftig nur dann noch zu berichten, wenn besondere, wichtige Beobachtungen einen Anlaß dazu bieten.

Arbeiterfürsorge auf Bauten. Erlaß der Minister der öffentlichen Arbeiten, für Handel und Gewerbe und des Innern vom 4. Juli 1913 — M. d. ö. A. III B. 8. 297 C/B, M. f. H. III 5848, M. d. Inn. II e 1746 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach den gemachten Erfahrungen ist die Anwendung offener Koksfeuer zur Austrocknung von Neubauten auch bei Beachtung der vorgeschriebenen Vorsichtsmaßnahmen (vgl. Ziff. 9 der unterm 19. August 1911 — III B 8. 331 D M. d. ö. A. pp. ergangenen „Grundzüge für Polizeiverordnungen, betreffend die Arbeiterfürsorge auf Bauten") mit Gefahren für die Gesundheit der Arbeiter verbunden. Es erscheint deshalb geboten, die Verwendung dieser Feuerung im Innern eines Baues weiterhin nicht mehr zuzulassen.

Soweit zur künstlichen Austrocknung von Neu- oder Umbauten Koksöfen notwendig sind, werden hierzu solche zu verwenden sein, die mit einer Dunstklappe und einem Rohr zur Ableitung der Gase aus dem Bau versehen sind.

Ew. pp. lassen wir hierbei einen Abdruck der dementsprechend geänderten „Grundzüge", die zugleich die Anordnungen des Erlasses vom 28. August v. Js. (III B 8. 495 C M. d. ö. A pp.) berücksichtigen und im übrigen unter Ziffer 8 einige weitere Aenderungen aufweisen, mit dem Ersuchen zugehen, gefälligst Sorge zu tragen, daß die bestehenden Polizeiverordnungen, betreffend die Arbeiterfürsorge auf Bauten, gelegentlich dem Wortlaute der jetzt vorliegenden Grundzüge angepaßt werden.

Neuzuerlassenden Verordnungen sind diese selbstverständlich gleichfalls zugrunde zu legen.

Grundzüge für Polizeiverordnungen, betreffend die Arbeiterfürsorge auf Bauten.

1. Die Bestimmungen unter Ziffer 2 bis 8 finden Anwendung:

a) bei Hochbauten, wenn einschließlich der Poliere und Lehrlinge mehr als 10[1]) Personen zurzeit der Rohbauausführug gleichzeitig auf den Bau beschäftigt sind; während der Rohbauausführung vorübergehend beschäftigte Arbeiter, wie Zimmerleute und Staker, werden nicht in diese Zahl eingerechnet;

b) bei Tiefbauten, welche von Unternehmern ausgeführt werden, wenn an einer bestimmten Stelle des Baues mehr als 10[1]) Personen länger als eine Woche gleichzeitig beschäftigt sind.

2. Zur Benutzung während der Arbeitspausen und bei ungünstiger Witterung, sowie zur Aufbewahrung von Kleidern, Lebensmitteln und Eßgeschirr muß für die an Bauten beschäftigten Arbeiter ein allseitig dicht umschlossener mit Fenstern genügend versehener, lüftbarer Unterkunftsraum geschaffen werden, der im Mittel mindestens 2,20 m im Lichten hoch sein muß und dessen Grund-

[1]) Nach Lage der örtlichen Verhältnisse kann auch bereits für weniger als 10 dauernd beschäftigte Personen die Herstellung von Unterkunftsräumen und Aborten gefordert werden.

fläche derart zu bemessen ist, daß auf jeden am Bau dauernd beschäftigten Arbeiter (Ziff. 1) eine Fläche von wenigstens 0,75 qm entfällt.

Der Unterkunftsraum muß mit festem Dielenfußboden versehen und in der kälteren Jahreszeit heizbar sein. Für die dauernd auf dem Bau beschäftigten Arbeiter sind in den Unterkunftsräumen Sitzplätze und Tische zur Verfügung zu stellen.

Baumaterialien irgendwelcher Art dürfen in den Unterkunftsräumen nicht gelagert werden.

Bei Tiefbauten müssen diese Räume so belegen sein, daß der Beschäftigungsort eines jeden Arbeiters von der Unterkunftsstätte der Regel nach höchstens 500 m entfernt ist.

Für schwimmende Unterkunftsräume findet die Vorschrift über die notwendige lichte Höhe keine Anwendung.

2a. Sinkt in der Zeit vom 1. November bis 1. April die Außentemperatur unter + 10 Grad Zelsius, so ist der Unterkunftsraum genügend zu erwärmen.

3. Den Arbeitern muß auf der Baustelle die Möglichkeit gegeben sein, Speisen und Getränke zu erwärmen.

Bei Tiefbauten außerhalb geschlossener Ortschaften sind die Wärmevorrichtungen unmittelbar bei der Baubude anzulegen.

Es kann zugelassen werden, daß während der kälteren Jahreszeit die Heizanlage der Baubude zugleich als Wärmevorrichtung für Speisen und Getränke eingerichtet und benutzt wird.

4. Bei Bauausführungen (vergl. Ziff. 1) müssen für die Arbeiter Aborte in solcher Anzahl verhanden sein, daß ein Sitz (Brille) für höchstens 25 Personen dient. Beim Vorhandensein mehrerer Aborte ist zwischen je zwei Sitzen eine Scheidewand anzubringen. Für am Bau beschäftigte Frauen sind besondere Bedürfnisanstalten zu errichten.

Die Aborte müssen möglichst entlegen von den Unterkunftsräumen (Ziff. 3), der Regel nach mindestens 6 m davon entfernt, aufgestellt werden; sie müssen genügend hell und derart eingerichtet sein, daß von außen nicht hineingesehen werden kann. Erforderlichenfalls sind vor den Türen Blenden anzubringen. Die Aborte dürfen keine durchlässigen Gruben erhalten. Sie sind entweder an eine öffentliche Entwässerungsanlage vorschriftmäßig anzuschließen oder es müssen wasserdichte Tonnen, die nach Bedarf fortzuschaffen und durch leere mittels Kalkanstrichs desinfizierte Tonnen zu ersetzen sind, aufgestellt werden. Die Tonnen sind durch Sitz- und Stoßbretter zu verdecken.

Bei freier, von Wohngebäuden entfernter Lage der Baustellen kann die Herstellung einer Erdgrube gestattet werden.

5. Bei den für die Arbeiter bestimmten Aborten ist ein Pissoir anzulegen. Außerdem ist in jedem Geschosse der Bauausführung ein Urineimer aufzustellen

6. Die Unterkunftsräume und die Aborte sind stets in reinlichem Zustande zu erhalten.

Die Urineimer und die Behälter für die Pissoirs sind nach Bedarf, mindestens täglich, zu entleeren. Die Aborte und Pissoirs sind nach Erfordernis zu desinfizieren.

7. Auf jeder Baustelle ist gutes Trinkwasser bereitzuhalten.

8. Vom 1. November bis 1. April [1]) dürfen Stuckateur-, Maler-, Putzer- und Töpferarbeiten in Neubauten und solchen Umbauten, die diesen gleichzuachten sind, nur dann ausgeführt werden, wenn die Räume, in denen gearbeitet wird, durch Türen und Fenster verschlossen sind.

Die nur vorläufige Anbringung derartiger Verschlusse ist für genügend zu erachten.

Erforderlichenfalls kann von der Polizeibehörde angeordnet werden, daß die Räume, in denen gearbeitet wird, erwärmt werden.

9. Die Verwendung von offenen Koksfeuern im Innern eines Baues ist verboten.

[1]) In einzelnen Teilen der Monarchie mit strengeren Temperaturverhältnissen kann der angegebene Zeitraum noch weiter ausgedehnt werden.

B. Königreich Bayern.

Regelung des Apothekenwesens. Königliche Verordnung vom 27. Juni 1913 und Ministerial-Bekanntmachung vom 28. Juni 1912[1]).

I. Bewilligung zum Betriebe von Apotheken.

1. Erteilung der Bewilligung.

A. Selbständige öffentliche Apotheken.[2])

Zuständigkeit und Verfahren.

§ 1. Ueber die Erteilung und die Zurücknahme der Bewilligung zum Betriebe des Apothekengewerbes,[3]) dann über die Einstellung des Gewerbebetriebs entscheidet die Regierung, Kammer des Innern, nach Einvernahme des Kreismedizinalausschusses und im Beschwerdeverfahren das Staatsministerium des Innern nach Einvernahme des Obermedizinalausschusses.

Die Entscheidung der Regierung, Kammer des Innern, ergeht im Senate nach den Vorschriften über das Verfahren in Verwaltungsrechtssachen.

§ 2. Aus besonderen Gründen kann der Fortbetrieb einer Apotheke ohne Betriebsbewilligung von der Regierung, Kammer des Innern, vorübergehend gestattet werden.[4])

§ 3. Das Bewilligungsverfahren wird von Amts wegen oder auf Antrag eingeleitet.

Antragsberechtigt sind der Bewerber, der auf die Bewilligung verzichtende bisherige Inhaber, die auf die Fortsetzung des Gewerbebetriebs verzichtende oder sich wieder verehelichende Witwe und die Erben des bisherigen Inhabers oder der Witwe.

§ 4. Handelt es sich nicht um reales Recht, so wird der Antrag oder die von Amtswegen erfolgende Einleitung des Verfahrens von der Distriktsverwaltungsbehörde unter Festsetzung einer Frist zur Bewerbung oder Mitbewerbung, bei Errichtung neuer Apotheken auch zur Abgabe von Erinnerungen ausgeschrieben.

Die Frist ist ausschließend. Sie wird unter Angabe des Tages, an dem sie abläuft, so bemessen, daß zwischen dem Ablauf und dem Tage, an dem das Ausschreiben erscheint, ungefähr 4 Wochen liegen.

§ 5. Handelt es sich um die Bewilligung zum Betrieb einer neuen Apotheke, so kann vor dem Ausschreiben zunächst darüber entschieden werden, ob die Bewillung überhaupt zu erteilen ist.

In diesem Falle werden die Inhaber der Nachbarapotheken vor der Entscheidung von der Distriktsverwaltungsbehörde gegen Nachweis[5]) aufgefordert, etwaige Erinnerungen binnen einer ausschließenden Frist von 4 Wochen nach der Zustellung der Aufforderung geltend zu machen.

§ 6. In dem Verfahren gelten als beteiligt: der Antragsteller, die Bewerber, der bisherige Inhaber, seine Erben, die Witwe des bisherigen Inhabers, die das Gewerbe fortgeführt hat, die Erben dieser Witwe, dann die Inhaber von Nachbarapotheken, soweit sie rechtzeitig Erinnerung erhoben haben.

Voraussetzungen der Erteilung der Bewilligung.

§ 7. Die Bewilligung kann nur einem im Besitze der Approbation befindlichen Apotheker und, wenn er bereits eine Bewilligung besitzt, nur dann erteilt werden, wenn er erklärt, für den Fall der Berücksichtigung auf diese Bewilligung zu verzichten. Diese Vorschrift gilt auch für die Bewilligung zur Ausübung eines realen Rechtes.

---

[1]) Die in der Ministerial-Bekanntmachung gegebenen Ausführungsbestimmungen sind nicht im Wortlaut, sondern nur in Anmerkung unter Beifügung der betreffenden Ziffer wiedergegeben, soweit sie für die Leser der Zeitschrift Interesse haben.

[2]) Dazu gehören die Vollapotheken und die homöopashischen Apotheken (Ziff 2).

[3]) Die Stellvertretung und Verpachtung ist bei realen und radizierten Apotheken zulässig; es bedarf hier nur die Wahl des Verwalters oder Pächters der behördlichen Genehmigung. Bei allen anderen Apotheken ist sie nur in dringenden Fällen zu gestatten; die Verträge unterliegen dann der Genehmigung der Regierung (Ziff. 3).

[4]) Z. B. beim Tod des Konzessionsinhabers ohne Hinterlassung von Erben (Ziff. 4).

[5]) Durch Vorlage ihrer Geschäftsbücher (Ziff. 9).

Die Bewilligung zum Betrieb einer Apotheke darf nur erteilt werden, wenn es das öffentliche Interesse erfordert, die Lebensfähigkeit der Apotheke gesichert ist [1]), und die Bestandsfähigkeit der benachbarten Apotheken nicht gefährdet wird [2]).

Die Bewilligung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke darf, wenn eine Bedingung nach § 11 Abs. II gesetzt wird, nur einem Bewerber erteilt werden, der nachweist, daß er über die voraussichtlich notwendigen Mittel verfügt. [3])

Versagung der Bewilligung.

§ 8. Die Bewilligung ist zu versagen, solange der Bewerber sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet oder infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist oder wenn er infolge von körperlichen oder geistigen Gebrechen zum Betrieb einer Apotheke nicht geeignet ist. Diese Vorschrift gilt auch für die Bewilligung zur Ausübung eines realen Rechtes.

Die Bewilligung ist in der Regel zu versagen,

1. wenn der Bewerber bereits eine Bewilligung besitzt und auf Grund der Bewilligung das Gewerbe noch nicht volle fünf Jahre ausgeübt hat,
2. wenn er eine Bewilligung besessen und auf sie vor oder nach Beginn der Gewerbeausübung ohne entschuldbaren Grund verzichtet hat,
3. wenn er eine Apotheke eigenmächtig veräußert hat.
4. wenn er längere Zeit dem Apothekerberuf abgewandt war, sich während dieser Zeit einer nicht anrechnungsfähigen Tätigkeit gewidmet und vor der Bewerbung nicht annähernd die gleiche Zeit wieder den Aoptheker-beruf ausgeübt hat.

§ 9. Die Bewilligung kann versagt werden,

1. wenn der Bewerber wegen eines Verbrechens oder Vergehens rechtskräftig verurteilt worden ist, bei dem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann,
2. wenn er sich durch wiederholte, grobe Verfehlungen gegen die Vorschriften über den Betrieb von Apotheken als unzuverlässig in bezug auf die Ausübung des Apothekergewerbes erwiesen hat,
3. wenn er einer Bewilligung nach § 15 Abs. II verlustig gegangen ist.

Auswahl unter mehreren Bewerbern.

§ 10. Haben sich mehrere Bewerber gemeldet, so ist die Bewilligung unbeschadet der §§ 7—9 in der Regel demjenigen zu erteilen, der nach Erfüllung der Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation am längsten im Inland oder in den Deutschen Schutzgebieten als Apotheker tätig gewesen ist.

Dieser Tätigkeit wird gleichgestellt: [4])

1. der in Erfüllung der Wehrpflicht geleistete Militärdienst, der Dienst vor der Approbation aber nur soweit, als er die Erfüllung der Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation verzögert hat,
2. die Tätigkeit als pharmazeutischer Beamter der K. Leib- und Hofapotheke oder einer Anstaltsapotheke,
3. die nach der Approbation in dem Institut einer Hochschule oder in einer öffentlichen Untersuchungsanstalt für Nahrungs- und Genußmittel geleistete Tätigkeit einer wissenschaftlichen Hilfskraft sowie die nach der pharma-

---

[1]) Als lebensfähig wird eine Apotheke bei einem voraussichtlichen ährlichen Mindestumsatz von 10000 M. angenommen. Ist ein solcher nicht zu erwarten, so kann die Lebensfähigkeit dadurch gesichert werden, daß sich die beteiligten Gemeinden bereit erklären, für eine angemessene Zahl von Jahren einen Zuschuß von 4/10 des Betrages zu gewähren, von dem der Mindestumsatz oder 10000 M. zurückbleibt (Ziff. 11, Abs. 1).

[2]) Etwaige Nebengewerbe sowie persönliche Verhältnisse (Schulden usw.) bleiben dabei außer Betracht (Ziff. 11, Abs. 2).

[3]) Als ausreichend sind die Mittel anzusehen, wenn sie der Summe von 4/10 des Ablösungsbetrages gleichkommen (Ziff. 12, Abs. 4).

[4]) Unter Inland ist Deutsches Reich zu verstehen. Die Tätigkeit im Auslande wird nur angerechnet, wenn die Apothekengesetzgebung des betreffenden Landes die Gewähr für einen ordentlichen Betrieb gibt, aber auch dann nur für 6 Jahre; außerdem muß der Bewerber mindestens die beiden letzten Jahre im Inlande tätig gewesen sein (Ziff. 14, Abs. 4).

zeutischen Prüfung, vor oder nach der Approbation an einer Hochschule zur Erlangung der Doktorwürde oder des Ausweises für geprüfte Nahrungmittel-Chemiker verbrachte Zeit, in der Regel aber nur bis zur Dauer von zusammen vier Jahren.

Ob und wieweit der Tätigkeit im Inland eine sonstige Tätigkeit, insbesondere die Tätigkeit als Apotheker im Auslande gleichzustellen ist, bleibt der Würdigung der zuständigen Behörden im Einzelfall überlassen.

Diejenige Zeit, während welcher ein Bewerber als Eigentümer oder Pächter einer Apotheke oder als Leiter der K. Leib- und Hofapotheke oder einer Anstaltsapotheke mit ständiger Hilfskraft gearbeitet hat, darf nur zur Hälfte angerechnet werden.

Hat ein jüngerer Bewerber in der Approbationsprüfung eine bessere Note als ein älterer erhalten,

oder übertrifft er ihn erheblich an Leistungen im Beruf oder an wissenschaftlicher Fortbildung,

oder stellt ein Apothekenbetrieb nach den örtlichen Verhältnissen besondere Anforderungen, denen ein jüngerer Bewerber mehr entspricht [1]),

oder liegen endlich sonstige besondere Umstände vor [2]),

so kann die Bewilligung dem jüngeren Bewerber erteilt werden.

Bewilligungsbedingungen: Im allgemeinen. Bei Uebernahme bestehender Apotheken.

§ 11. Die Bewilligung kann an Bedingungen geknüpft werden.

Die Bewilligung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke ist in der Regel an die Bedingung zu knüpfen, daß der Empfänger binnen einer bestimmten Frist dem Vorgänger, der Witwe oder den Erben des Vorgängers oder den Erben der Witwe das Apothekenanwesen, die Einrichtung und die Vorräte ablöst und sie für etwaige Leistungen im Sinne des § 14 Abs. II abfindet [3]).

Ablösung und Abfindung bei Uebernahme bestehender Apotheken.

§ 12. Der Empfänger kann die amtliche Festsetzung des Ablösungs- und Abfindungsbetrags beantragen. Der Antrag ist innerhalb der für die Ablösung und Abfindung bestimmten Frist (§ 11 Abs. II) zu stellen; der rechtzeitig gestellte Antrag unterbricht den Lauf der Frist.

Die amtliche Festsetzung erfolgt durch die zur Erteilung der Bewilligung zuständigen Behörden in dem Verfahren des § 1 auf Grund einer Schätzung. Von den Kosten des Verfahrens hat jede Partei die Kosten ihrer Sachverständigen ganz und die übrigen Kosten zu gleichen Teilen zu tragen

§ 13. Die Schätzung wird unter Leitung der Distriktsverwaltungbehörde in der Regel von zwei approbierten Apothekern und für ein Anwesen von zwei Bausachverständigen vorgenommen.

Jede Partei ist berechtigt, einen pharmazeutischen und einen bausachverständigen Schätzer vorzuschlagen. Die Ernennung erfolgt durch die Distriktsverwaltungsbehörde [4]).

§ 14. Für die Festsetzung des Ablösungsbetrags sind die orts- und handelsüblichen Preise maßgebend.

Bei der Festsetzung des Abfindungsbetrages ist einerseits zu berücksichtigen, was der Vorgänger für die Uebernahme oder die Errichtung des Geschäfts aufwenden mußte und für dessen Hebung selbst leistete [5]), anderseits

---

[1]) Z. B. in großen Städten, Kurorten usw. (Ziff. 14, Abs. 6).

[2]) Z. B. Familienverhältnisse; Sohn oder Tochter des bisherigen Inhabers als Bewerber (Ziff. 14, Abs. 7).

[3]) Bei neuen Apotheken ist die Eröffnung von dem Ergebnis der zuvorigen amtlichen Besichtigung abhängig zu machen (Ziff. 15).

[4]) Der Regierung bleibt es unbenommen, Gutachten von weiteren Sachverständigen einzuziehen (Ziff. 19).

[5]) Steigen des Geschäftsumsatzes lediglich infolge der persönlichen Tätigkeit des Inhabers, während ein solches aus anderen Gründen (Bevölkerungszunahme, Neubildung von Krankenkassen usw.) außer Betracht bleibt. Die Vergütung kann bis zum Einfachen des jährlichen Reinertrages bewilligt werden (Ziff. 10, Abs. 4).

ist zu beachten, daß dem Empfänger aus dem jährlichen Reinertrage des Geschäfts nach einer Rücklage von $2\frac{1}{2}$% des Abfindungsbetrages noch eine angemessene Entlohnung seiner Arbeitskraft verbleiben soll. [1])

In dem Festsetzungsbescheide wird für die Ablösung und Abfindung eine angemessene Frist vorgesteckt.

§ 15. Unterbleibt die Ablösung und Abfindung innerhalb der gesetzten Frist infolge Verschuldens des Berechtigten, so wird die Bedingung der Ablösung und Abfindung ganz oder teilweise zurückgenommen und der Bewilligungsbescheid entsprechend geändert. Das Gleiche hat zu geschehen, soweit der Berechtigte und Verpflichtete nachträglich übereinkommen, einzelne Gegenstände von der Ablösung auszunehmen.

Unterbleibt die Ablösung und Abfindung innerhalb der gesetzten Frist infolge Verschuldens des Verpflichteten, so wird die Bewilligung anderweitig verliehen.

Liegt ein Verschulden auf beiden Seiten vor, so wird nach billigem Ermessen entschieden.

§ 16. Auf Antrag des Eigentümers einer Apotheke, der auf die Bewilligung verzichtet hat, ist die Schätzung der Ablösungs- und Abfindungswerts schon vor der Weiterverleihung der Bewilligung vorzunehmen. Der Antrag steht auch der Witwe des Eigentümers zu, wenn sie auf die Fortsetzung des Gewerbebetriebs verzichtet oder sich wieder verehelicht hat, ferner den Erben des Eigentümers und den Erben der Witwe.

Die Schätzung erfolgt in dem Verfahren nach § 13 mit der Maßgabe, daß die Distriktsverwaltungsbehörde den zweiten pharmazeutischen Sachverständigen aus dem Kreise der angestellten Apotheker zu ernennen hat. Die Kosten des Verfahrens hat der Antragsteller zu tragen.

Das Ergebnis der Schätzung ist, wenn die Bewilligung an eine Bedingung nach § 11 Abs. II geknüpft wird, bei der Entscheidung, ob ein Bewerber über die voraussichtlich notwendigen Mittel zur Ablösung und Abfindung verfügt, in Betracht zu ziehen. Es dient auch als Grundlage für eine spätere amtliche Festsetzung des Ablösungs- und Abfindungsbetrags und ist deshalb vor einer solchen Festsetzung dem Verpflichteten zur Erinnerungsabgabe mitzuteilen.

B. Zweigapotheken.

§ 17. Auf die Zweigapotheken finden die §§ 1, 2, 6 und 11—16 entsprechende Anwendung. [2])

Anträge auf Bewilligung von Zweigapotheken werden von der Distriktsverwaltungsbehörde den Besitzern der benachbarten Apotheken zur Abgabe von Erinnerungen und zur etwaigen Mitbewerbung binnen einer ausschließenden Frist von 4 Wochen mitgeteilt. Die Frist beginnt mit der Zustellung.

Die Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn es das öffentliche Interesse erfordert und die Errichtung einer selbstständigen Apotheke mangels der übrigen Voraussetzungen des § 7 Abs. II nicht zulässig ist. Die Bewilligung ist jederzeit widerruflich.

Die Auswahl unter mehreren Bewerbern erfolgt nach billigem Ermessen unter besonderer Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse. [3])

Die Schätzung vor Erteilung der Bewilligung (§ 16) ist auf Antrag des Eigentümers auch dann vorzunehmen, wenn die Umwandlung der Zweigapotheke in eine selbständige Apotheke beantragt ist.

---

[1]) Von dem ermittelten Reinertrage wird eine angemessene Entlohnung für die eigene Arbeitskraft abgezogen (3000 M. beim Umsatze bis zu 10000 M. und bei größerem Umsatz 10% des Mehrumsatzes) und der Rest durch 3 geteilt Zwei Drittel zu 5% kapitalisiert ergeben die Grenze, die der Abfindungsbetrag nicht übersteigen darf. Das übrige Drittel ermöglicht die $2\frac{1}{2}$%ige Ablösung eines bis zu dieser Grenze gehenden Abfindungsbetrages (Ziff. 20, Abs. 9).

[2]) Eine Abfindung wird bei der Uebergabe des Geschäfts in der Regel nicht auferlegt werden können (Ziff. 22, Abs. 1).

[3]) Der Apotheker, dessen Absatzgebiet am meisten durch das Zweiggeschäft leiden wird, ist in erster Linie zu berücksichtigen (Ziff. 22, Abs. 2).

C. Hausapotheken von Aerzten.

§ 18. Auf die Hausapotheken von Aerzten finden die §§ 1 Abs. I, 6, 11 Abs. I entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Regierung ergeht im Bureauwege.[1])

Der Antrag auf Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke wird von der Distriktsverwaltungsbehörde den Besitzern der benachbarten Apotheken zur Abgabe von Erinnerungen und zur etwaigen Bewerbung um die Bewilligung zur Errichtung einer Zweigapotheke binnen einer ausschließenden Frist von 4 Wochen mitgeteilt. Die Frist beginnt mit der Zustellung.

Die Bewilligung darf nur einem entsprechend befähigten Arzte[2]) und nur unter der Voraussetzung erteilt werden, daß ein unabweisbares Bedürfnis besteht und der Betrieb einer selbständigen öffentlichen Apotheke oder einer Zweigapotheke nicht bewilligt werden kann. Die Bewilligung ist jederzeit widerruflich.[3])

D. Hausapotheken von Anstalten (Anstaltsapotheken).

§ 19. Auf die Hausapotheken von Anstalten finden die §§ 1 Abs. I, 6, 11 Abs. I entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Regierung ergeht im Bureauwege.

Der Antrag auf Bewilligung der Anstaltsapotheke wird von der Distriktsverwaltungsbehörde den Besitzern der benachbarten Apothekern zur Abgabe von Erinnerungen binnen einer ausschließenden Frist von 4 Wochen mitgeteilt. Die Frist beginnt mit der Zustellung.

Die Bewilligung darf nur solchen Anstalten, für die ein Bedürfnis nach einer eigenen Arzneiversorgung besteht, und nur unter der Voraussetzung erteilt werden, daß hierdurch nicht eine gesundheitspolizeilich bedenkliche Beeinträchtigung des Absatzes von Nachbarapotheken eintritt. Die Bewilligung ist jederzeit widerruflich.[4])

2. Inhalt der Bewilligung.

§ 20. Die Bewilligung zum Betrieb einer Apotheke enthält die Berechtigung zur Zubereitung, Feilhaltung und Abgabe von Arzneimitteln und Arzneien nach Maßgabe der Vorschriften dieser Verordnung.

II. Sonstige Befugnis zur Bereitung oder Abgabe von Arzneien.

§ 21. Aerzte ohne Hausapotheken sowie Zahnärzte dürfen bei Ausübung des Berufs Arzneien in Notfällen oder, soweit sie die Arzneien selbst örtlich[5]) anwenden, abgeben und für diese Zwecke vorrätig halten. Die Arzneien sind aus Apotheken des Wohnorts oder der Nachbarorte zu beziehen.

§ 22. In Krankenanstalten und ähnlichen Anstalten, denen nicht die Führung einer Anstaltsapotheke bewilligt ist, dürfen Arzneien, soweit sie im Betriebe regelmäßig gebraucht werden und nicht dem Verderben ausgesetzt sind, vorrätig gehalten und an Insassen abgegeben werden. Die Arzneien sind, soweit sie nicht dem freien Verkehr überlassen sind, aus den Apotheken des Betriebsorts oder der Nachbarorte zu beziehen.

§ 23. Die Tierärzte dürfen eine Hausapotheke zur Bereitung und Ab-

---

[1]) Die Bewilligung kann an Bedingungen in bezug auf die Bezugsquelle der Arzneimittel und das Absatzgebiet (nur an Kranke in der Sprechstunde oder nur an solche in Behandlung des betreffenden Arztes) geknüpft werden (Ziff. 23, Abs. 1).

[2]) Die Befähigung ist durch ein Universitätszeugnis über den Besuch von Uebungen in der Arzneizubereitung während mindestens eines Semesters oder in einer Prüfung vor der Kommission für die pharmazeutische Vorprufung nachzuweisen (Ziff. 23, Abs. 3).

[3]) Sind an einem Orte mehrere Aerzte, so kann jedem die Erlaubnis zum Halten einer Hausapotheke erteilt werden (Ziff. 23, Abs. 5).

[4]) In den Bewilligungsbescheid ist der Personenkreis zu bezeichnen, fur den die Anstaltsapotheke genehmigt wird (Ziff. 24, Abs. 3).

[5]) Unter örtlicher Anwendung sind Einspritzungen, Einträufelungen, Einpinselungen und ähnliche Verrichtungen zu verstehen (Ziff. 35).

gabe der für die Tierheilkunde notwendigen Arzneien führen. Die Arzneien dürfen nur bei Ausübung des Berufs abgegeben werden; die Abgabe im Handverkauf ist unzulässig [1]).

Tierärzten, die sich in bezug auf die Bereitung und Abgabe von Arzneien als unzuverlässig erweisen, kann die Führung der Hausapotheke von der Regierung, Kammer des Innern, untersagt werden.

§ 24. Die Abgabe und Anwendung von Arzneien durch Hebammen, Bader und sonstige in der sogenannten niederen Gesundheitspflege beruflich tätige Personen bemißt sich nach den besonderen Vorschriften hierüber.

III. Verlegung von öffentlichen Apotheken.

§ 25. Auf die Verlegung finden die §§ 1, 6 und 11 Abs. I entsprechende Anwendung.

Antragsberechtigt ist der Inhaber der Bewilligung.

Der Antrag wird von der Distriktsverwaltungsbehörde den Besitzern der benachbarten Apotheken zur Abgabe von Erinnerungen binnen einer ausschließenden Frist von 4 Wochen mitgeteilt. Die Frist beginnt mit der Zustellung.

Die Erlaubnis zur Verlegung darf nur erteilt werden, wenn die Voraussetzungen des § 7 Abs. II gegeben sind.

IV. Betrieb.

A. Vollapotheken.

1. Betriebsräume, Einrichtung.

§ 26. Die Betriebsräume sollen in der Regel bestehen aus der Offizin, dem Laboratorium, der Vorrats- und Kräuterkammer, dem Arzneikeller und dem Stoßraum.

Die Räume müssen den Anforderungen der Bau-, Feuer- und Gesundheitspolizei, dann in bezug auf Lage, Größe und Einrichtung ihrem Zwecke und dem Geschäftsumfang entsprechen; sie müssen mit Ausnahme des Stoßraumes verschließbar sein und dürfen nur ihrer besonderen Zweckbestimmung dienen. [2])

Die Einrichtung hat die für den Geschäftsbetrieb notwendigen Einrichtungsstücke und Geräte zu enthalten; Einrichtungsstücke und Geräte müssen von einwandfreier Beschaffenheit und in genügender Zahl vorhanden sein. [3])

Die Betriebsräume und die Einrichtung sind stets in gutem Stande zu erhalten; es muß jederzeit größte Ordnung und Reinlichkeit herrschen.

Neue Apotheken dürfen erst dann in Betrieb gesetzt werden, wenn die Distriktsverwaltungsbehörde hierzu auf Grund einer Feststellung der entsprechenden Beschaffenheit der Betriebsräume und ihrer Einrichtung die Genehmigung erteilt hat.

Wesentliche Aenderungen in den Betriebsräumen sowie Aenderungen ihrer Zweckbestimmung bedürfen der Genehmigung der Distriktsverwaltungsbehörde.

§ 27. An wissenschaftlichen Hilfsmitteln müssen in jeder Apotheke vorhanden sein:

das Deutsche Arzneibuch,

eine neuere Auflage eines guten Handbuches oder eines Sammelwerkes über Botanik, Pharmakognosie, Physik, Chemie, Pharmazie, physiologisch-chemische Untersuchungen, Mikroskopie und Sterilisation,

eine pharmazeutische Zeitschrift des laufenden Jahrganges,

---

[1]) Die Tierärzte sind somit nicht wie die Aerzte und Krankenanstalten verpflichtet, die dem freien Verkehr nicht überlassenen Arzneimittel aus den Apotheken des Wohnortes oder der Nachbarorte zu beziehen.

[2]) Z. B. weder zu Haushaltungszwecken, noch für die Unterkunft des pharmazeutischen Hilfspersonals (Ziff. 27, Abs. 2).

[3]) Ueber die Ausstattung und Einrichtung der Betriebsräume werden in Ziff. 27—31 sehr ausführliche Vorschriften gegeben, die im großen und ganzen den in Preußen und in den anderen Bundesstaaten in dieser Hinsicht gestellten Anforderungen entsprechen und namentlich den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches Rechnung tragen.

eine Pflanzensammlung und eine Drogensammlung, sofern in der Apotheke Eleven (§ 29 Abs. I), wenn auch nur vorübergehend, ausgebildet werden.

An Stelle der Pflanzensammlung kann auch ein Pflanzenatlas gehalten werden, in dem mindestens die offizinellen Pflanzen abgebildet sind.

Ferner müssen in jeder Apotheke vorhanden sein:

die Deutsche Arzneitaxe,

die sonstigen das Apothekenwesen betreffenden oder berührenden Vorschriften.

Deutsches Arzneibuch und Deutsche Arzneitaxe im Sinne dieser Vorschrift und der folgenden Vorschriften sind das Deutsche Arzneibuch und die Deutsche Arzneitaxe in der jeweils geltenden Fassung.

2. Personal.

Apothekenvorstand, Anmeldung, Wohnung, Vertretung.

§ 28. Apothekenvorstand ist der Inhaber der Bewilligung oder der Apotheker, der als Stellvertreter oder Pächter zugelassen ist.

Der Apothekenvorstand hat sich binnen 14 Tagen nach Beginn oder Uebernahme des Geschäfts bei der Distriktsverwaltungsbehörde und dem Bezirksarzte persönlich vorzustellen und sich hierbei über die Betriebsbewilligung oder die Zulassung als Stellvertreter oder Pächter und bei Führung des Doktor- oder eines ähnlichen Titels über die Berechtigung hierzu auszuweisen.[1])

Dem Apothekenvorstand obliegt die Leitung der Apotheke. Er soll in demselben Hause wohnen, in dem sich die Betriebsräume der Apotheke befinden; die Distriktsverwaltungsbehörde kann Ausnahmen hiervon zulassen.

Der Apothekenvorstand kann sich in der Geschäftsleitung vorübergehend durch einen approbierten Apotheker und bis zu zwei Wochen durch einen Apothekenassistenten (§ 29, Abs. I) vertreten lassen. Die Vertretung darf in einem Jahre nicht länger als drei Monate dauern; Ausnahmen sind mit Genehmigung der Regierung, Kammer des Innern, zulässig. Jede Vertretung, die die Dauer einer Woche übersteigt, ist unverzüglich der Distriktsverwaltungsbehörde anzuzeigen; hierbei sind die Ausweise über die Vorbildung des Vertreters vorzulegen[2]), soweit sie nicht der Distriktsverwaltungsbehörde schon nach § 29 vorgelegen waren.

Pharmazeutisches Hilfspersonal, Bezeichnung, Eintritt und Austritt. Dienst. Unterkunft.

§ 29. Das pharmazeutische Hilfspersonal besteht aus aprobierten Apothekern, aus Apothekergehilfen und aus Apothekerlehrlingen. Die Apothekergehilfen führen die Bezeichnung „Apothekenassistent", die Apothekerlehrlinge die Bezeichnung „Apothekeneleve".[3])

Angestellte Apotheker (approbierte Apotheker), Apothekenassistenten und Apothekeneleven haben sich binnen 14 Tagen nach dem Eintritt in die Apotheke bei der Distriktsverwaltungsbehörde und dem Bezirksarzte persönlich anzumelden und hierbei die Ausweise über ihre Vorbildung vorzulegen.[4]) Der Apothekenvorstand ist dafür verantwortlich, daß das pharmazeutische Hilfspersonal diese Vorschrift beachtet.

---

[1]) Eine eidliche oder handgelübdliche Verpflichtung des Apothekenvorstandes oder der Apothekenassistenten findet nicht mehr statt (Ziff. 35).

[2]) Die Distriktspolizeibehörde hat die Anzeige über jede Vertretung eines Apothekenvorstandes sofort dem zuständigen Bezirksarzt anzuzeigen (Ziff. 36).

[3]) Die Bezeichnung „Apothekenassistent" und „Apothekeneleve" statt Apothekengehilfe und Apothekerlehrling ist neu

[4]) Als Ausweise sind vorzulegen von den Apothekern: Approbationszeugnis und die Zeugnisse über die Berufstätigkeit nach der Approbation, von den Assistenten: Zeugnis über pharmazeutische Vorprüfung — pharmazeutische Prüfung — und Zeugnisse über die Berufstätigkeit nach der Vorprüfung, von den Eleven: Schulzeugnisse und Zeugnisse über bisherige Tätigkeit, sowie Tagebuch über pharmazeutische Arbeiten. Eleven, die nach bezirksärztlichem Gutachten wegen körperlicher Gebrechen für den Apothekerberuf ungeeignet sind, müssen auf Anordnung der Distriktsverwaltungsbehörde entlassen werden (Ziff. 37 Abs. 1 und 2).

Den Austritt eines angestellten Apothekers, eines Apothekenassistenten oder eines Apothekeneleven hat der Apothekenvorstand binnen drei Tagen der Distriktsverwaltungsbehörde unter Vorlage des Tätigkeitszeugnisses anzuzeigen.[1]) Das Tätigkeitszeugnis für den approbierten Apotheker ist nach der Anlage auszufertigen; ein Führungszeugnis ist nur auf Wunsch auszustellen. Die Tätigkeitszeugnisse für den Apothekenassistenten und den Apothekeneleven sind nach den Mustern 1 und 4 der Prüfungsordnung für Apotheker auszufertigen. In allen Tätigkeitszeugnissen sind die Art und die Dauer der Dienstleistung genau anzugeben; war die Dienstleistung nur eine aushilfsweise, insbesondere auf Tage oder Stunden beschränkte, so ist dies zu bemerken. Die Distriktsverwaltungsbehörde gibt das Zeugnis nach bezirksärztlicher Beglaubigung mit den etwa veranlaßten Erinnerungen zurück. Der Apothekenvorstand hat eine Abschrift des Zeugnisses in ein mit fortlaufenden Nummern versehenes Zeugnisbuch einzutragen.

Angestellte Apotheker, Apothekenassisenten und Apothekeneleven dürfen dienstlich nicht übermäßig in Anspruch genommen werden; insbesondere sind ihnen angemessene Ruhezeiten zu gewähren. Ist ihnen im Apothekenwesen Unterkunft eingeräumt, so muß dies den gesundheitlichen Anforderungen entsprechen. Das gleiche gilt von den Räumen, die für die Unterkunft der angestellten Apotheker und der Apothekenassistenten während des Nachtdienstes bestimmt sind. Die Distriktsverwaltungsbehörde kann über die Ruhezeiten und die Unterkunft nähere Anordnungen treffen.

Apothekeneleven, Zahl, Ausbildung, Entziehung der Befugnis zur Elevenhaltung.

§ 30. Apothekeneleven dürfen nur in Apotheken gehalten werden, in denen die pharmazeutischen Zubereitungen (sogenannte galenische Präparate) regelmäßig angefertigt werden.[2])

Die Zahl der Eleven darf in einer Apotheke die Zahl der ständig beschäftigten approbierten Apotheker nicht überschreiten; vorübergehende Ausnahmen können von der Distriktsverwaltungsbehörde im Benehmen mit dem Bezirksarzte bewilligt werden.

Der Apothekenvorstand ist verpflichtet, für eine entsprechende Ausbildung der Eleven zu sorgen.[3]) Vernachläßigt er diese Pflicht oder erweist er sich sonst als ungeeignet zur Haltung von Eleven, so kann ihm die Befugnis hierzu auf Zeit oder für immer entzogen werden. Die Regierung, Kammer des Innern, kann die entzogene Befugnis nach Ablauf eines Jahres wieder einräumen. Die Entziehung sowie die Wiederverleihung der Befugnis erfolgt nach Einvernahme des Kreismedizinalausschusses.

3. Geschäftsführung im allgemeinen.

Aufbewahrung amtlicher Verfügungen.

§ 31. In jeder Apotheke müssen die Betriebsbewilligung, die Bescheide über das Ergebnis der amtlichen Musterungen in den letzten 5 Jahren und die in dieser Zeit etwa sonst ergangenen amtlichen Verfügungen, die den Betrieb betreffen, in einem Hefte zeitlich geordnet vorhanden sein.

Offenhalten der Apotheke, Geschäftszeit.

§ 32. Die Apotheken müssen an Werktagen von acht Uhr morgens bis acht Uhr abends, an Sonn- und Feiertagen von acht Uhr morgens bis zwei Uhr nachmittags offen gehalten werden. Sie dürfen von sechs Uhr morgens bis neun Uhr abends offen gehalten werden; die Distriktsverwaltungsbehörde kann die Zeit, in der die Apotheken offen gehalten werden dürfen, auf Antrag der Apothekenvorstände verlängern.

---

[1]) Die Distriktsverwaltungsbehörde hat die Austrittsanzeige mit dem Tätigkeitszeugnisse dem Bezirksarzte mitzuteilen, der das Zeugnis zu beglaubigen hat (Ziff. 29, Abs. 3).

[2]) Der Apothekenvorstand, der keine Gehilfen hat, kann also auch ohne besondere Erlaubnis einen Eleven annehmen (Ziff. 38, Abs. 1).

[3]) Der Bezirksarzt und der Regierungsapotheker sollen sich bei der Besichtigung oder Musterung der Apotheken von dem Stande der Ausbildung der Eleven überzeugen (Ziff. 38, Abs. 5).

Der Apothekenvorstand, ein approbierter Apotheker oder ein Apothekenassistent muß ständig in der Apotheke oder doch in deren Nähe sein, so daß er von Arzneisuchenden durch ein Glockenzeichen herbeigerufen werden kann. Einem Apothekenvorstande, der die Apotheke allein betreibt oder nur einen Eleven hält, kann die Distriktsverwaltungsbehörde im Benehmen mit dem Bezirksarzte widerruflich gestatten, die Apotheke während bestimmter Stunden zu verlassen. Dabei müssen die Apothekenvorstände jedoch Vorsorge treffen, daß sie im Bedarfsfalle zurückgerufen werden können. Die Rückkehr muß in diesem Falle unverzüglich erfolgen und längstens binnen einer Stunde nach Eintritt des Bedarfs vollzogen sein.

Sonntags- und Nachtruhe.

§ 33. Für Orte mit mehreren Apotheken kann die Distriktsverwaltungsbehörde anordnen, daß an Sonn- und Feiertagen oder während bestimmter Stunden dieser Tage abwechselnd ein Teil der Apotheken für den Geschäftsverkehr zu schließen sei. Die Schließung kann bis acht Uhr morgens des nächsten Tages ausgedehnt werden.

Auch für die übrigen Tage kann die Distriktsverwaltungsbehörde anordnen, daß an Orten mit mehreren Apotheken abwechselnd ein Teil der Apotheken während der Zeit, in der die Apotheken nach § 32 Abs. I nicht offen gehalten werden müssen, für den Geschäftsverkehr zu schließen sei.

Die Anordnung nach Abs. I und II hat im Benehmen mit dem Bezirksarzte nach Einvernahme der Apothekenvorstände und von angestellten Apothekern zu erfolgen. Sie hat die erforderlichen näheren Bestimmungen zu enthalten. Die Anordnung ist öffentlich bekannt zu geben. An jeder hiernach geschlossenen Apotheke müssen die Zeit der Wiedereröffnung für den Geschäftsverkehr und die nächsten für den Geschäftsverkehr geöffneten Apotheken augenfällig angegeben sein.

Durch eine Anordnung nach Abs. I oder II wird die nach § 32 Abs. I allgemein zustehende oder durch die Distriktsverwaltungsbehörde besonders zugestandene Befugnis nicht berührt, die Apotheken schon vor der Zeit, in der die Apotheken offen gehalten werden müssen, zu öffnen oder erst nach dieser Zeit zu schließen.

Nebengeschäfte.

§ 34. Zum Betriebe von Nebengeschäften, die mit dem Apothekenbetriebe nicht in unmittelbarem Zusammenhange stehen, ist die Erlaubnis der Regierung, Kammer des Innern, erforderlich.[1]) Die Regierung entscheidet nach Einvernahme des Kreismedizinalausschusses. Die Erlaubnis kann an Bedingungen geknüpft werden und ist widerruflich.

Für Nebengeschäfte ist getrennt Buch zu führen.

Apothekereleven sollen in Nebengeschäften nicht verwendet werden.

Heilverbot.

§ 35. Der Apothekenvorstand und das pharmazeutische Hilfspersonal darf sich mit der Heilberatung und Heilbehandlung von Menschen und Tieren nicht befassen.[2])

Nur in dringenden Fällen wie bei gefährlichen Verletzungen oder Vergiftungen dürfen mangels rechtzeitiger ärztlicher Hilfe die für entsprechend erachteten Mittel abgegeben werden; alsdann ist dafür zu sorgen, daß beim Eintreffen eines Arztes diesem hiervon sofort genaue Mitteilung gemacht wird.

Die Erteilung einer einfachen, die Anwendung eines Mittels erläuternden Anweisung ist gestattet.

---

[1]) Als ein Nebengeschäft kann die übliche Ausführung von Harnuntersuchungen und ähnlichen analytischen Untersuchungen, der Handel mit Wein, Mineralwässern usw. in mäßigem Umfange nicht gerechnet werden, wohl aber die Herstellung und Abgabe von Mineralwässern und Likören im großen, der Handel mit Kolonialwaren, die gewerbsmäßige Vornahme von Nahrungsmittel- usw. Untersuchungen. Die Genehmigung zum Betrieb eines Nebengeschäfts kann an besondere Bedingungen (getrennte Räume, eigene Einrichtung, Verwendung besonderen Personals usw.) geknüpft werden (Ziff. 42, Abs. 1).

[2]) Eine unzulässige Heilbehandlung kann auch in öffentlichen Ankündigungen liegen (Ziff. 43).

4. Verkehr mit Arzneien im besonderen.

Beschaffenheit der Arzneimittel, Arzneien, Reagentien und volumetrischen Lösungen. Warenprüfungsbuch.

§ 36. Der Apothekenvorstand ist für die Güte und Reinheit der abgegebenen Arzneien verantwortlich, gleichviel ob er sie bezogen oder selbst hergestellt hat.

Alle Mittel, die zur Verwendung als Arzneien oder zur Herstellung solcher bestimmt sind, ferner die Reagentien und volumetrischen Lösungen müssen in ihrer Beschaffenheit den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches entsprechen und sind hierauf, soweit sie entsprechende Beschaffenheit nicht sonst in einwandfreier Weise festgestellt ist, alsbald nach der Anschaffung und vor der Ingebrauchnahme nach Maßgabe des Deutschen Arzneibuchs genau zu prüfen. Bei Mitteln, die der Zersetzung oder sonst dem Verderben unterliegen, ist die Prüfung in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholen; erforderlichen Falles sind die Mittel rechtzeitig zu erneuern. Das Ergebnis der Prüfungen ist fortlaufend unter Angabe des Tages der Prüfung in ein Warenprüfungsbuch oder in das Einkaufsbuch (§ 37 Abs. II) in einer besonderen Spalte einzutragen.

Abs. II gilt nicht für Mittel, die lediglich zu technischen Zwecken dienen und als solche unzweideutig bezeichnet sind.

Vorrat an Arzneimitteln, Arzneien, Reagentien und volumetrischen Lösungen.

§ 37. In jeder Apotheke müssen die im Deutschen Arzneibuch aufgeführten Arzneimittel, soweit sie im Absatzgebiete der Apotheke von Aerzten verordnet werden, dann die Reagentien und volumetrischen Lösungen, die zur Prüfung dieser Arzneimitteln erforderlich sind, in entsprechender Menge vorrätig gehalten werden. Die Distriktsverwaltungsbehörde kann die Verpflichtung zur Haltung von Arzneimitteln im Benehmen mit dem Bezirksarzt einschränken oder nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses auf andere im Deutschen Arzneibuche nicht aufgeführte Mittel erstrecken. Im übrigen ist die Führung von Arzneimitteln im Vorrate freigegeben, soweit nicht das Staatsministerium des Innern bezüglich einzelner Mittel oder ihrer Zubereitungen anders bestimmt.[1])

Arbeitstagebuch, Einkaufsbuch.

Die im eigenen Betriebe hergestellten Mittel sind in ein Arbeitstagebuch nach der zeitlichen Reihenfolge der Herstellung einzutragen; die im Handelswege bezogenen Mittel sind mit Ausnahme der fabrikmäßig hergestellten, in fertiger Packung bezogenen Mittel in ein Einkaufstagebuch fortlaufend in übersichtlicher Ordnung einzutragen. In das Arbeitstagebuch sind Zeit und Menge der Herstellung, der Name des Fertigers, dann etwa veranlaßte Bemerkungen über die Art der Bereitung und Prüfung, in das Einkaufsbuch Zeit, Menge und Preis der Lieferung, dann die Bezugsquelle aufzunehmen. Das Einkaufsbuch kann auch in Form einer Zettelsammlung (Kartothek) geführt werden.

Verzeichnis der Arzneimittel.

Sämtliche in der Apotheke vorhandenen Mittel sollen unter Angabe des Aufbewahrungsortes in einem eigenen Verzeichnisse (Generalkatalog) vorgetragen werden. Das Verzeichnis ist auf dem laufenden zu halten und kann auch in Form einer Zettelsammlung (Kartothek) geführt werden.

Aufbewahrung der Arzneimittel, Arzneien, Reagentien und volumetrischen Lösungen.

§ 38. Die Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs in geeigneten Behältnissen aufzubewahren und gattungsweise möglichst alphabetisch so zu ordnen, daß sie rasch und sicher aufzufinden sind. In einem Behältnisse darf jeweils nur das seiner äußeren Bezeichnung entsprechende Arzneimittel aufbewahrt werden; das gleiche Arzneimittel darf in einem Be-

---

[1]) Von Stoffen, die leicht zersetzlich sind und chemische Veränderungen erleiden, dürfen abgefaßte Pulver, Tabletten oder Pillen nicht vorrätig gehalten werden. Auch Lösungen dürfen nur vorrätig gehalten werden, wenn die gelösten Stoffe nicht zersetzlich und die Lösungen haltbar sind (Ziff. 46).

hälter auch in verschiedener Form ganz oder zerkleinert aufbewahrt werden. Sogenannte Arzneispezialitäten verschiedener Art dürfen gemeinsam verwahrt werden, wenn sie sich in abgeschlossenen Packungen befinden, einzeln bezeichnet und übersichtlich geordnet sind.

Die „sehr vorsichtig" aufzubewahrenden Mittel außer dem Phosphor sind im Verkaufsraum oder in einem geeigneten Nebenraum in einem besonderen, außen mit „Gift" oder „Venena" oder „Tabelle B" bezeichneten, verschließbaren Giftschrank und bei größerem, in dem Schranke nicht unterbringenden Vorrat in einer Giftkammer aufzubewahren. Der Phosphor und seine Zubereitungen sind mit Ausnahme der Phosphorpillen, die im Giftschrank oder in der Giftkammer in verschlossenen Gefäßen zu verwahren sind, im Arzneikeller in einer eigenen, mit eiserner Türe zu verschließenden, feuersicheren Mauernische oder auf eine andere gleich feuersichere Weise unter Wasser in einem Blech- oder Glasgefäß aufzubewahren, das in Sand oder Asbest in einem zweiten gut schließenden Gefäße steht.

Die „vorsichtig" aufzubewahrenden Mittel[1]) sind in besonderen, nur für diese Mittel bestimmten Abteilungen der Warengestelle unterzubringen. Morphin und seine Zubereitungen sind in einem entsprechend bezeichneten Schränkchen oder auf eine andere, eine Verwechselung ausschließende Weise aufzubewahren.

Die zur Prüfung der Arzneimittel erforderlichen Reagentien und volumetrischen Lösungen sind in gut verschlossenen Gläsern aufzubewahren. Soweit sie infolge Verdunstung schädlich oder zerstörend wirken, dürfen sie nicht in unmittelbarer Nähe von Arzneimitteln oder anderen Reagentien oder volumetrischen Lösungen aufgestellt werden.

Zubereitung und Abgabe von Arzneien.

§ 39. Die pharmazeutischen Zubereitungen (sog. galenische Präparate) müssen im eigenen Betriebe der Apotheke hergestellt werden, soweit nicht das Staatsministerium des Innern Ausnahmen zuläßt[2]). Die Herstellung hat genau nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs und, wenn dort keine Vorschriften gegeben sind, nach sonst allgemein gebräuchichen Vorschriften unter Beobachtung peinlichster Sauberkeit zu geschehen.

Zur Verarbeitung von Giften und Arzneimitteln der Tabelle B des Deutschen Arzneibuchs, dann des Morphins, seiner Verbindungen und Zubereitungen, ferner von stark riechenden Stoffen (Jodoform) sind durchweg besondere Geräte zu verwenden.[3])

§ 40. Die Herstellung der Arzneien hat genau nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs und, wenn in diesen keine Vorschriften gegeben

[1]) Zu den vorsichtig aufzubewahrenden Mitteln gehören alle Mittel von ähnlicher Wirkung (Ziff. 47 Abs. 2).

[2]) Als pharmazeutische Zubereitungen (sogenannte galenische Präparate) sind insbesondere anzusehen: spirituöse und wässerige Destillate, Elixiere, Extrakte und Fluidextrakte, flüssige Gemische, Latwergen, Linimente, Lösungen jeder Art, mit Pflanzenteilen gekochte Oele, Pflaster, Pillen, gemischte Pulver, Salben, Sirupe, Teemengungen, Tinkturen, durch Ausziehen von Pflanzenstoffen hergestellte Weine und Essige. Der Bezug dieser Arzneimittel ist nur in Ausnahmefällen zulässig und zwar nur aus anderen Apotheken des Königreichs, in denen die Herstellung besorgt wird. Als Zubereitungen, die ausnahmsweise aus solchen Apotheken bezogen werden dürfen, kommen in Betracht:

1. solche, zu deren Herstellung die Rohstoffe, wie z. B. frische Pflanzenteile, nur schwierig zu beschaffen sind,
2. solche, zu deren Herstellung das Apothekenlaboratorium nicht die nötigen Einrichtungen besitzt,
3. solche, die nachweislich in einer Apotheke nur in geringen Mengen gebraucht werden.

Die Vorschrift, daß die pharmazeutischen Zubereitungen im eigenen Betriebe hergestellt werden müssen, bezieht sich auch auf die Zerkleinerung der Drogen (Ziff. 48 Abs. 1).

[3]) Unter besonderen Geräten sind zu verstehen: Handwage, Löffel, Porzellanmörser, Trichter aus Glas, Pulverschiffchen (Ziff. 48 Abs. 2).

sind, nach sonst allgemein gebräuchlichen Vorschriften unter Beobachtung peinlichster Sauberkeit zu geschehen. Die einzelnen Bestandteile einer Arznei dürfen, soweit nicht das Deutsche Arzneibuch oder der Arzt etwas anderes vorschreibt, nicht durch Messen, sondern nur durch Wägen bestimmt werden.

Innerhalb der Grenzen des § 37 ist jede ärztlich verordnete Arznei zu bereiten und abzugeben. Arzneien, deren Bereitung vom Arzte als dringend bezeichnet ist, sind vor anderen zu fertigen und auch dann sofort abzugeben, wenn der Empfänger mit der Bezahlung früher bezogener Arzneien im Rückstand ist.

Wird die Verordnung vom Arzte mündlich oder durch Fernsprecher gegeben, so hat der Apotheker die Verordnung schriftlich niederzulegen. Die Niederschrift ist dem Arzte vor der Ausführung zur Prüfung der Richtigkeit vorzulesen. Die Abgabe starkwirkender Arzneien, die mittels Fernsprecher verordnet sind, ist nur zulässig, wenn der Apotheker nach Lage des Falles die Uebezeugung haben kann, daß die Verordnung von einem Arzte herrührt.

Bei der Bereitung der Arzneien ist genau nach der ärztlichen Verordnung die vorgeschriebenen Mittel nicht verwendet werden. Enthält die Verordnung zu verfahren. Ohne Zustimmung des verordnenden Arztes dürfen andere als einen offenbaren Irrtum, ist sie unleserlich geschrieben oder ergeben sich sonst gegen den Vollzug Anstände, so hat der Apotheker die Aufklärung, Berichtigung oder Ergänzung der Verordnung durch den Arzt zu veranlassen und bis dahin die Anfertigung zu unterlassen. In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn sich in der ärztlichen Verordnung Verstöße gegen die Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs über die Höchstgaben finden und entweder die Verordnung für ein Kind unter 3 Jahren bestimmt ist oder Zeit und Umstände es gestatten, eine Bestätigung oder Berichtigung der Verordnung durch den Arzt herbeizuführen. Ist die Verordnung nicht für ein Kind unter 3 Jahren bestimmt, und ist der Arzt nicht bald zu erreichen, so darf die Gewichtsmenge des Arzneimittels auf die Hälfte der im Deutschen Arzneibuche vorgesehenen Höchstgabe zurückgeführt werden. Die Aenderung ist unter Hinweis auf diese Vorschrift auf der Verordnung zu vermerken; auch ist der Arzt unverzüglich zu verständigen.

Wenn die ärztliche Verordnung nicht in Urschrift zurückbehalten werden kann, ist eine Abschrift zu fertigen.[1]) Wiederholungen von Arzneien sind auf der Urschrift oder der Abschrift zu vermerken. Die Urschriften und die Abschriften der Verordnungen sind mit Ausnahme der Verordnungen für öffentliche Kassen zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 41. Homöopathische Arzneien dürfen nur dann abgegeben werden, wenn entweder die Arzneien fertig aus einer homöopathischen Apotheke bezogen oder in einem besonderen, hierfür geeigneten und eingerichteten Raume bereitet werden. Verreibungen und Verdünnungen dürfen in kleineren Betrieben mit eigenen Geräten auch in einem gesonderten, nicht als Verkaufsraum eingerichteten Raume hergestellt werden; die homöopathischen Arzneimittel und die zu Verreibungen und Verdünnungen dienenden Geräte sind in solchen Betrieben in einem geschlossenen Schranke aufzubewahren; dieser ist in einem besonderen Raume aufzustellen.

Der Bezug homöopathischer Arzneimittel ist in einem eigenen Einkaufsbuche, die Selbstherstellung in einem eigenen Arbeitstagebuche nachzuweisen.

In Apotheken, wo homöopathische Arzneien abgegeben werden, muß ein homöopathisches Arzneibuch vorhanden sein.

§ 42. Jede Arznei ist von dem Fertiger bei der Abgabe (auf dem Abgabebehältnisse) mit einer deutlich geschriebenen Bezeichnung zu versehen. Die Bezeichnung hat in deutscher Sprache zu enthalten:

die verabfolgende Apotheke,

den Tag der Fertigung,

ferner nach den Angaben der Verordnung: den Namen des Kranken und die Gebrauchsanweisung; diese darf auch in fremder Sprache geschrieben sein.[2])

[1]) Die Abschriften können auch in ein Kopierbuch eingetragen werden (Ziff. 49, Abs 2).

[2]) Die ärztliche Verordnung braucht also auf der Signatur der Abgabebehältnisse nicht angegeben zu sein.

Bei Wiederholung von flüssigen Arzneien oder von Salben sind die Abgabebehältnisse mit neuen Bezeichnungen zu versehen.

Soweit Arzneien zum äußeren Gebrauch nicht in Gläsern abgegeben werden, ist auf dem Abgabebehältnis ein roter Zettel mit dem Aufdrucke: „Aeußerlich“ anzubringen.

Die Abgabe von Arzneien in gebrauchten Behältnissen ist nur bei Wiederholungen zulässig.

§ 43. Die Arzneien hat der Apothekenvorstand, ein approbierter Apotheker oder ein Apothekenassistent anzufertigen; Eleven dürfen dazu nur unter Aufsicht und Verantwortung dieser Personen verwendet werden.

Der Preis der Arznei und ein etwaiger Abschlag sind auf der ärztlichen Verordnung zu vermerken. Bei Arzneien, die aus öffentlichen Kassen bezahlt werden, ist der Preis auf die Mittel, die Arbeiten und die Gefäße auszuscheiden.

Handverkauf.

§ 44. Vorbehaltlich der Vorschriften über den Verkehr mit Giften dürfen ohne ärztliche Verordnung (im Handverkauf) abgegeben werden:

1. sämtliche Arzneimittel zu anderen als zu Heilzwecken,
1. die im Verzeichnis der starkwirkenden Arzneien nicht enthaltenen Mittel auch zu Heilzwecken.

Unzulässiger Wettbewerb.

§ 45. Apotheker dürfen weder mit Aerzten oder anderen Personen, die sich mit der Heilbehandlung von Menschen oder Tieren befassen, Verträge über die Zuweisung von Arzneibedürftigen schließen, noch ihnen dafür Vorteile gewähren.

Arzneien, deren Bestandteile in einer nicht jedem Apotheker verständlichen Weise bezeichnet sind, dürfen nicht angefertigt werden.

Sonstige Vorschriften.

§ 46. Im übrigen sind beim Verkehr mit Arzneimitteln die Vorschriften der Deutschen Arzneitaxe in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

B. Homöopathische Apotheken.

§ 47. Auf homöopathische Apotheken finden die §§ 26—29, 31, 32, 34 bis 40 und 42—46 entsprechende Anwendung mit folgenden Abweichungen:

1. Als Betriebsräume genügen:
   die Offizin,
   das Laboratorium
   und ein Vorratsraum.
2. Es muß auch ein homöopathisches Arzneibuch vorhanden sein.
3. Eleven dürfen nicht gehalten werden.
4. Eine Verpflichtung zur Haltung bestimmter Arzneimittel besteht nicht.
5. Es dürfen nur homöopathische Arzneien bereitet und abgegeben werden.

C. Zweigapotheken.

§ 48. Auf die Zweigapotheken finden die §§ 26—29, 31, 32, 34, 35, 37 Abs. I, III und 38 Abs. I, II, III, 39 Abs. II, 40—46 entsprechende Anwendung mit folgenden Abweichungen:

1. Als Betriebsräume genügen die Offizin und ein Vorratsraum; in diesem können auch kleinere Arbeiten vorgenommen werden.
2. Die Leitung der Zweigapotheke muß einem approbierten Apotheker übertragen werden. Dieser gilt als Apothekenvorstand.
3. Eleven dürfen nicht gehalten werden.
4. Alle Mittel, die zur Verwendung als Arzneien oder zur Herstellung solcher bestimmt sind, müssen aus der Stammapotheke bezogen werden. Sie müssen in ihrer Beschaffenheit den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs entsprechen; die lediglich zu technischen Zwecken dienenden Mittel müssen als solche unzweideutig bezeichnet sein. Mittel, die der Zersetzung oder sonst dem Verderben unterliegen, sind rechtzeitig zu erneuern. Für die vorschriftsmäßige Beschaffenheit der Arzneimittel ist der Vorstand der Stammapotheke verantwortlich. Die aus der Stammapotheke bezogenen Arzneimittel sind in dieser in einem Ausgangsbuch, in der Zweigapotheke

in einem Eingangsbuch unter Angabe des Tages des Ausganges und Einganges vorzutragen.

D. Hausapotheken von Aerzten.

§ 49.[1]) Auf die ärztlichen Hausapotheken finden die §§ 26 Abs. III, IV, 27 Abs. II, 28 Abs. I, 31, 36 Abs. I, II, III, 39 Abs. II, 40 Abs. I, 41—43 Abs. I und 46 entsprechende Anwendung. Im übrigen gelten folgende Vorschriften:

1. Die Hausapotheke ist in einem geeigneten und entsprechend eingerichteten Raume unterzubringen.
2. In der Hausapotheke müssen das Deutsche Arzneibuch, die Deutsche Arzneitaxe in der jeweils geltenden Fassung und die einschlägigen, das Apothekenwesen berührenden Vorschriften vorhanden sein.
3. Der Inhaber der Hausapotheke kann sich durch einen entsprechend befähigten approbierten Arzt vertreten lassen; die Vertretung ist unter Vorlage des Nachweises über die Befähigung unverzüglich der Distriktsverwaltungsbehörde anzuzeigen.
4. Eleven dürfen nicht gehalten werden.
5. Die Führung der Arzneimittel ist freigegeben, soweit nicht das Staatsministerium des Innern bezüglich einzelner Mittel oder ihrer Zubereitungen anders bestimmt.
6. Die Arzneimittel müssen aus einer dem Wohnsitze des Arztes benachbarten, öffentlichen Apotheke bezogen werden, soweit nicht bei Erteilung der Bewilligung eine dieser Apotheken als Bezugsquelle bestimmt worden ist. Die Beschränkung des Arzneimittelbezuges ist an die Voraussetzung gebunden, daß die Mittel von den Apotheken zu einem angemessenen Preise abgegeben werden. Ueber die Angemessenheit der Preise entscheidet im Streitfalle die Regierung, Kammer des Innern, nach Einvernahme des Kreismedizinalausschusses. Alle Mittel, die zur Verwendung als Arzneien oder zur Herstellung solcher bestimmt sind, müssen in ihrer Beschaffenheit den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs entsprechen. Die lediglich zu technischen Zwecken dienenden Mittel müssen als solche unzweideutig bezeichnet sein. Mittel, die der Zersetzung oder sonst dem Verderben unterliegen, sind rechtzeitig zu erneuern.
7. In jeder Hausapotheke ist ein Einkaufsbuch sowie ein Verzeichnis der Arzneimittel nach § 37 Abs. II und III und ein Tagebuch zu führen.

---

[1]) Zu § 49 bestimmt Ziff. 53 der Ausführungsbestimmungen folgendes:

Der Raum, in dem die ärztliche Hausapotheke untergebracht wird, muß hell, trocken, gehörig lüftbar und verschließbar sein; er darf nur für den Apothekenbetrieb und als ärztliches Sprechzimmer verwendet werden. Seine Einrichtung muß außer einem Arbeitstische, den erforderlichen Warengestellen und einem verschließbaren Schranke mit Abteilungen, welche die vorschriftsmäßige Absonderung der „vorsichtig“ und der „sehr vorsichtig“ aufzubewahrenden Mittel ermöglichen, das erforderliche Arbeitsgerät enthalten und zwar mindestens

eine Tarierwage bis zu 1000 g Tragkraft,
zwei genaue und empfindliche Schalenwagen,
Gewichtsstücke von 0,01—500 g;
Gewichte und Wagen müssen Präzisionsgeräte sein und müssen vorschriftsmäßig geaicht (geprüft und gestempelt) sein,
einen tragbaren Dampfkocher mit je einer Infundierbüchse von Zinn und Porzellan und mit den notwendigen Vorrichtungen zum Kolieren und Filtrieren von Flüssigkeiten,
einen Normaltropfenzähler,
Reibschalen von verschiedener Größe aus Porzellan mit und ohne Ausguß,
Löffel aus Bein oder Horn oder Hartgummi oder Holz oder Silber oder Schildpatt,
Spateln aus Eisen und Horn oder Hartgummi,
Meßgefäße von verschiedener Größe aus Zinn oder Porzellan oder Glas,
Pulverschiffchen aus Hartgummi oder Horn oder Zelluloid oder reinlich gehaltene Blätter aus glatter, weißer Pappe oder aus ebensolchem Pergamentpapier.

Die Distriktsverwaltungsbehörde hat von der Anzeige einer Vertretung den Bezirksarzt zu verständigen.

In das Tagebuch sind für jede abgegebene Arznei der Tag der Bereitung, der Empfänger, die ärztliche Verordnung und der Preis, sowie ein etwaiger Preisabschlag einzutragen. Bei Arzneien, die aus öffentlichen Kassen bezahlt werden, ist der Preis auf die Mittel, die Arbeiten und die Gefäßen auszuscheiden.

8. Arzneien dürfen nur für solche Personen abgegeben werden, die in der Behandlung des Inhabers der Hausapotheke stehen. Die Abgabe von Arzneimitteln im Handverkauf ist unzulässig.

E. Hausapotheken von Anstalten (Anstaltsapotheken).

§ 50. Auf die Hausapotheken von Anstalten, die von approbierten Apothekern geführt werden, finden die §§ 26—29, 31, 35, 36, 37 Abs. II, III, 38 bis 46 entsprechende Anwendung; auf die Hausapotheken von Anstalten, die nicht von einem approbierten Apotheker geführt werden, finden die §§ 26 Abs. III, IV, 27 Abs. II, 31, 35, 36 Abs. I, 38 Abs. I ,II, III, 39 Abs. II, 40—46 und 49 Ziff. 1, 2, 7 entsprechende Anwendung, der § 49 Ziff. 7 mit der Maßgabe, daß in das Tagebuch auch der Arzneifertiger, wenn in der Apotheke mehrere Personen beschäftigt werden, einzutragen ist, dagegen der Preis und ein etwaiger Preisabschlag nur soweit, als es nach dem Anstaltsbetriebe notwendig ist. Im übrigen gelten folgende Vorschriften.

1. Die Betriebsbewilligung darf von einem approbierten Apotheker, einem entsprechend befähigten approbierten Arzte oder einer sonst als befähigt anerkannten Person ausgeübt werden; auch der Arzt, sowie die sonst als befähigt anerkannte Person darf Arzneien fertigen.[1])
2. Wird die Anstaltsapotheke von einem approbierten Apotheker geführt, so gilt dieser als Apothekenvorstand; bei Beschäftigung mehrerer approbierter Apotheker bestimmt die zuständige Verwaltung den Apothekenvorstand. Im übrigen gilt als Apothekenvorstand, wer die Betriebsbewilligung ausübt oder, bei Beschäftigung mehrerer Personen, wer von der zuständigen Verwaltung als Apothekenvorstand bestimmt worden ist.
3. Eleven dürfen nicht gehalten werden.
4. Die Führung der Arzneimittel ist freigegeben, soweit nicht das Staatsministerium des Innern bezüglich einzelner Mittel oder ihrer Zubereitungen anders bestimmt. In den Hausapotheken, die von approbierten Apothekern geführt werden, sind die Reagentien und volumetrischen Lösungen, die zur Prüfung der vorhandenen Arzneimittel notwendig sind, in entsprechender Menge vorrätig zu halten.
5. Die Mittel müssen, wenn die Anstaltsapotheke nicht von einem approbierten Apotheker geführt wird, aus einer öffentlichen Apotheke des Anstaltssitzes oder der benachbarten Orte bezogen werden, soweit nicht bei Erteilung der Bewilligung eine dieser Apotheken als Bezugsquelle bestimmt worden ist. Im übrigen gelten für Anstaltsapotheken ohne approbierten Apotheker die weiteren Vorschriften des § 49 Ziff. 6.
6. Die Abgabe von Arzneien hat sich auf den Personenkreis zu beschränken, für den die Anstaltsapotheke bewilligt ist.

F. Führung und Abgabe von Arzneien in Krankenanstalten und ähnlichen Anstalten.

§ 51. Die Arzneivorräte in Krankenanstalten und ähnlichen Anstalten, die keine Hausapotheke führen (§ 22), sind in geeigneten, deutlich bezeichneten Behältnissen in zweckentsprechenden, verschlossen zu haltenden Schränken übersichtlich aufzustellen. Der Inhalt der Schränke darf nur den Abgabenberechtigten zugänglich sein.[2])

[1]) Als befähigt zur Führung einer Anstaltsapotheke sind außer approbierten Apothekern und entsprechend befähigten Aerzten (Ziff. 23 Abs. III) künftig nur solche anzuerkennen, die nach Ableistung eines zweijährigen Vorbereitungsdienstes in einer Vollapotheke oder in einer Krankenhausapotheke die erforderliche Befähigung in einer Prüfung vor der Kommission für die pharmazeutische Vorprüfung nachweisen. Die Prüfung ist den Anforderungen des Betriebs der Anstaltsapotheke anzupassen. (Ziffer 54, Abs. 1.)

[2]) Wer in Krankenanstalten und ähnlichen Anstalten, die keine Hausapotheke führen, zur Abgabe von Arzneien berechtigt ist, bestimmt der Unternehmer (Ziffer 55).

G. Hausapotheken von Tierärzten.

§ 52. Auf Tierärzte, die eine Hausapotheke nach § 23 führen, finden die §§ 26 Abs. III, IV, 27 Abs. II, 36 Abs. I, 38 Abs. I, II, III, 39, Abs. II, 42 Abs. I, II, 43 Abs. I und 49 Ziff. 1, 2, 7 entsprechende **Anwendung**. Im übrigen gelten folgende Vorschriften:

1. Die Führung, sowie die Auflassung einer tierärztlichen Hausapotheke ist binnen 3 Tagen der Distriktsverwaltungsbehörde anzuzeigen.
2. Der Tierarzt gilt als Apothekenvorstand. Er kann sich in der Führung der Hausapotheke durch einen anderen Tierarzt vertreten lassen; die Vertretung ist der Distriktsverwaltungsbehörde unverzüglich anzuzeigen.
3. Die Bescheide über das Ergebnis der amtlichen Musterungen in den letzten 5 Jahren und in dieser Zeit etwa sonst ergangenen amtlichen Verfügungen sind in einem Hefte zeitlich geordnet aufzubewahren.
4. Eleven dürfen nicht gehalten werden.
5. Zur Prüfung der Arzneimittel und zur Führung eines Warenprüfungsbuchs sind die Tierärzte nicht verpflichtet; doch sollen die Mittel, die zur Verwendung als Arznei oder zur Herstellung solcher bestimmt sind, in ihrer Beschaffenheit den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs entsprechen; die lediglich zu technischen Zwecken dienenden Mittel müssen als solche unzweideutig bezeichnet sein. Mittel, die der Zersetzung oder sonst dem Verderben unterliegen, sind rechtzeitig zu erneuern.

V. Aufsicht.

§ 53. Der Betrieb der Apotheken untersteht der Aufsicht der Distriktsverwaltungsbehörden und der Regierungen, Kammern des Innern. Der Betrieb der Vollapotheken, homöopathischen Apotheken, Zweigapotheken und Hausapotheken von Aerzten und Anstalten wird außerdem von den Bezirksärzten und den ärztlichen Referenten bei den Regierungen, Kammern des Innern, beaufsichtigt. Der Betrieb der von den Bezirkstierärzten geführten Hausapotheken wird von den tierärztlichen Regierungsreferenten, der Betrieb der übrigen tierärztlichen Hausapotheken von den Bezirkstierärzten und den tierärztlichen Regierungsreferenten überwacht.

Zur Ueberwachung dienen Besichtigungen und Musterungen. Die Besichtigungen werden von den Bezirksärzten, den Bezirkstierärzten und den ärztlichen und tierärztlichen Regierungsreferenten vorgenommen; die Musterungen in der Regel von approbierten Apothekern gemeinschaftlich mit den genannten Amtsärzten oder Regierungsreferenten. Die approbierten Apotheker werden von den Regierungen, Kammern des Innern, aus dem Kreise der Apotheker des Regierungsbezirkes bestellt; sie führen auf die Dauer der Bestellung den Titel „Regierungsapotheker“ und erhalten eine Vergütung nach Bestimmung der Staatsministerien des Innern und der Finanzen.

Die Kosten einer besonderen Musterung, die durch das unbefriedigende Ergebnis einer früheren Musterung veranlaßt worden ist, können dem Apothekenvorstand auferlegt werden.

§ 54. Die Apothekeninhaber, Apothekenvorstände und das pharmazeutische Hilfspersonal haben den aufsichtlichen Weisungen Folge zu leisten und bei der Besichtigung und Musterung der Apotheken das Betreten sämtlicher Betriebsräume zu gestatten, sowie jede erforderliche Auskunft und Unterstützung zu gewähren, insbesondere Warenproben zur Prüfung und die zur Prüfung notwendigen Stoffe und Geräte unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Dagegen sind sie nicht verpflichtet, die Einsichtnahme in die nach dem Handelsgesetzbuche zu führenden Bücher (oder in das Umsatztagebuch) zu gestatten.

§ 55. Beschwerden gegen aufsichtliche Verfügungen der Distriktsverwaltungsbehörden werden von den Regierungen, Kammern des Innern, Beschwerden gegen aufsichtliche Verfügungen der Regierungen, Kammern des Innern von dem Staatsministerium des Innern beschieden. Ueber Beanstandungen, die von den Bezirksärzten, Bezirkstierärzten, den ärztlichen und tierärztlichen Referenten der Regierungen, Kammer des Innern, und den Regierungsapothekern bei Besichtigungen und Musterungen erhoben werden, sowie über die hierbei erteilten Weisungen entscheiden bei Widerspruch des Apothekeninhabers die Regierungen, Kammern des Innern.

§ 56. Die Aufsicht über die Führung und über die Abgabe von Arzneien in Krankenanstalten und ähnlichen Anstalten nach §§ 22 und 51, dann über die Führung, Abgabe und Anwendung von Arzneien durch Hebammen, Bader und sonstige, in der niederen Gesundheitspflege beruflich tätige Personen wird bei der allgemeinen Beaufsichtigung dieser Anstalten und Personen geübt.

VI. Schlußvorschriften.

K. Leib- und Hofapotheke.

§ 57. Auf die Königliche Leib- und Hofapotheke finden nur die §§ 26 Abs. I—IV, 27, 28 Abs. II, 29, 30 Abs. III Satz 1 und 35—46 entsprechende Anwendung und auch diese nur soweit, als nicht die Dienstvorschriften anders bestimmen.

Militärapotheken.

§ 58. Auf Militärapotheken findet diese Verordnung keine Anwendung.

Hausapotheken staatlicher Anstalten.

§ 59. Für Hausapotheken staatlicher Anstalten kann das Staatsministerium des Innern im Benehmen mit den beteiligten Staatsministerien Vorschriften erlassen, die von dieser Verordnung abweichen.

Aufhebung älterer Vorschriften.

§ 60. Die noch geltenden Vorschriften der Apothekenordnung vom 27. Januar 1842, der § 2 der K. Verordnung über die Anzeige der Aufnahme oder Entlassung von Handlungsdienern usw. vom 15. Juli 1862, soweit er sich auf Apothekergehilfen und -Lehrlinge bezieht, die K. Verordnung über die Zubereitung und Feilhaltung der Arzneien in den Apotheken vom 29. Dezember 1900, die K. Verordnung über den Betrieb der Apotheken vom 18. Juni 1907, sowie alle sonst entgegenstehenden Vorschriften treten außer Kraft.

Vollzugsvorschriften.

§ 61. Das Staatsministerium des Innern erläßt die erforderlichen Vollzugsanweisungen und trifft insbesondere nähere Anordnungen über die Beschaffenheit der Betriebsräume und über ihre Einrichtung, dann über die Musterung der Apotheken und die Mitwirkung von Apothekern bei der Musterung.

Zeit des Inkrafttretens.

§ 62. Die §§ 26—52 treten am 1. Januar 1914, die übrigen Paragraphen am 1. Juli 1913 in Kraft; bis zum 1. Januar 1914 bleiben die bisherigen Betriebsvorschriften noch in Geltung.

Anlage
(zu § 29 Abs. III).

Zeugnis

über die Tätigkeit des Apothekers

. . . .

als angestellter Apotheker.

Der approbierte Apotheker . . . . (Vor- und Zuname)
aus . . . . war vom . . . . 19 . .
bis zum . . . . 19 . .
in der . . . . . . Apotheke . . . . zu . . . .
als . . . . beschäftigt.
(Folgt Bemerkung über eine aushilfsweise, auf Tage oder Stunden beschränkte Beschäftigung.)

. . . ., den . . . . . . 19 . .

Unterschrift des Besitzers, Pächters, Verwalters:

. . . .

Beglaubigt

. . . ., den . . . . . . 19 . .

Siegel und Unterschrift des Bezirksarztes.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 20. | 20. Oktober. | 1913.

Rechtsprechung.

Inwieweit ist die Kritik einer dem Arzt fremden Berufstätigkeit, z. B. der eines Notars, durch einen Arzt ehrengerichtlich strafbar? Entscheidung des ärztlichen preußischen Ehrengerichtshofs vom 10. Juni 1913.

Der Ehrengerichtshof ist zwar mit dem Berufungskläger und entgegen der Auffassung des Ehrengerichts davon ausgegangen, daß das Verhalten des Notars A. in der Anstalt des Angeschuldigten durchaus einwandsfrei war und den Amtspflichten des Notars nur entsprach. Es gab dem Angeschuldigten an sich zur Kritik und zur Beschwerde keinen sachlich begründeten Anlaß. Der Ehrengerichtshof hält es aber für möglich und, wie die besonderen persönlichen Verhältnisse lagen, auch bis zum gewissen Grade für begreiflich, daß der Angeschuldigte, der gegen diesen Notar wegen seiner vermeintlichen nahen Beziehungen zu der den Irrenärzten feindlichen Zeitschrift — von seinem Standpunkt aus mit Recht — stark eingenommen war und die Unbefangenheit eben dieses Notars bezweifeln zu müssen glaubte, durch die ihm mitgeteilte Aeußerung des Notars über die „eigenartige Situation", so harmlos sie sicherlich gemeint gewesen ist, gereizt war.[1]) Mit Rücksicht hierauf konnte der Ehrengerichtshof darin, daß der Angeschuldigte den Weg der Beschwerde bei dem Kammergerichtspräsidenten beschritt und in diese Beschwerde auch die Stellung des Notars zu der ärztefeindlichen Zeitschrift hineinbrachte, nichts Standesunwürdiges erblicken. Der Ehrengerichtshof mußte dem Angeschuldigten bei Würdigung der in der Beschwerde an den Notar geübten Kritik auch zugute halten, daß die Art der Aufführung des Namens des Notars auf dem Umschlag der Zeitschrift nach außen jedenfalls den Eindruck erwecken mußte, als billige der Notar die Tendenz der Zeitschrift.

In den einzelnen Ausführungen dieser Beschwerde dagegen ist der Angeschuldigte nach der von der Beurteilung des Ehrengerichts auch hier abweichenden Ueberzeugung des Ehrengerichtshofes über die Grenzen der zulässigen Kritik jedenfalls hinausgegangen, insbesondere indem er dem Notar Mißbrauch seines Amtes vorwarf und ausführte, er habe sich des bei seiner Ernennung in ihn gesetzten Vertrauens nicht würdig gezeigt. Wie der Arzt mit Recht verlangt, daß der nicht ärztlich Gebildete sich eines unbefugten abfälligen Urteils über ärztliche Tätigkeit enthalte, so muß auch der Arzt sich als nicht juristisch gebildet der abfälligen Beurteilung einer nach bester Ueberzeugung geleisteten juristischen Tätigkeit enthalten. Würde daher das verletzende Urteil des Angeschuldigten über die nach bestem Wissen geübten Dienste des Notars an sich jedenfalls ehrengerichtlicher Beurteilung unterliegen müssen, so konnte doch im vorliegenden Falle dieser Gesichtspunkt zur Be-

[1]) Dem betreffenden Notar, der Beziehungen zu der dem Irrenanstaltsleiter feindlichen Zeitschrift „Irrenwohlfahrtsfrage" hatte, war seitens des Oberarztes der Anstalt des Angeschuldigten der Zutritt zu einem Kranken behufs Vollziehung einer Vollmacht verweigert. Er hatte darauf die Aeußerung gemacht, „es ergebe sich doch eine eigentümliche Situation, wenn auf der einen Seite die Beglaubigung der Vollmacht verlangt und sie auf der anderen Seite durch eine Verwaltungsmaßregel unmöglich gemacht oder durch den Arzt verhindert werde." Darin hatte der Angeschuldigte eine unzulässige Kritik und einen Uebergriff gegenüber den Anstaltsärzten erblickt und in einer Eingabe an den Präsidenten des Kammergerichts eine Bestrafung des Notars beantragt. In dieser Beschwerde sollte er nun den Notar in unzulässiger Weise persönlich geschmäht und seine Tätigkeit herabgesetzt haben.

strafung des Angeschuldigten nicht führen; denn der Angeschuldigte hat seine Beschwerde, wie er unwiderlegt und glaubhaft dargetan hat, durch seinen damaligen Rechtsanwalt ausarbeiten lassen und konnte daher des Glaubens sein, daß sie, nach jeder Seite wohl abgewogen, sich in den Grenzen zulässiger, tatsächlich richtiger, und rechtlich einwandfreier Kritik halte. Unter diesen Umständen konnte dem Angeschuldigten eine ehrengerichtlich strafbare Verfehlung nicht zur Last gelegt werden. Es rechtfertigte sich vielmehr seine kostenlose (§ 46 des Gesetzes) Freisprechung.

Es ist sittliche Pflicht des Arztes, jeden Eingriff bei einer Patientin zu vermeiden, der in seiner Folge die natürliche Entwicklung einer Schwangerschaft beeinflussen kann. Beschluß des preußischen ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 10. Juni 1913.

Der Tatbestand ist vom Ehrengericht auf Grund der Schwurgerichtsurteils und der Strafakten einwandfrei festgestellt und zutreffend beurteilt. Das Zeugnis der H. geb. Ch., wenn es auch unbeeidet hat bleiben müssen, in Verbindung mit den Aussagen des Dr. H. läßt keinen Zweifel daran bestehen, daß der Angeschuldigte an dem Mädchen, in der vom Ehrengericht festgestellten, die ursprüngliche Anschuldigung wesentlich einschränkenden Weise gehandelt und damit gegen die Pflicht gewissenhafter Berufsausübung schwer gefehlt hat. In Fällen, in denen der von einer Patientin um Rat befragte Arzt Anlaß hat, mit einer Schwangerschaft der Patientin zu rechnen, muß die Einführung der Uterussonde als grober Kunstfehler gelten. Nun stellt zwar ein Kunstfehler als solcher keine ehrengerichtlich zu ahnende Verfehlung dar. Im vorliegenden Falle liegt aber in dem Kunstfehler zugleich ein Verstoß gegen die Standespflicht einer gewissenhaften Ausübung des ärztlichen Berufes; denn die Erhaltung des keimenden Lebens ist, soweit nicht lebensgefährliche Zustände der Mutter entgegenstehen, eine uneingeschränkte Pflicht eines jeden Arztes.

Namentlich unter den gegenwärtigen Verhältnissen, angesichts der unbestreitbaren Neigung in vielen Bevölkerungsschichten, die natürlichen Folgen des geschlechtlichen Verkehrs zu beseitigen, muß es als ernste, sittliche Pflicht des Arztes gelten, jeden Eingriff zu vermeiden, der in seinen Folgen die natürliche Entwicklung der Schwangerschaft ungünstig beeinflussen kann. Ein Arzt, der gegen dieses sittliche Gebot verstößt, handelt pflichtwidrig und hat ernste ehrengerichtliche Bestrafung zu gewärtigen.

Hiernach war, da auch gegen die Strafzumessung nichts einzuwenden ist, die Berufung als unbegründet kostenpflichtig (§ 46 des Ehrengerichtsgesetes) zurückzuweisen.

Klage auf Untersagung des Drogenhandels ist dann nicht berechtigt, wenn in einem Geschäfte, in dem bei früheren amtlichen Revisionen erhebliche Verfehlungen festgestellt sind, bei den letzten Revisionen so gut wie nichts zu bemängeln gewesen ist und der Geschäftsinhaber dadurch bewiesen hat, daß er gewillt sei, seinen Betrieb ordnungsmäßig zu führen. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. S.) vom 25. September 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Gebühren der Kreisassistenzärzte für die Zuziehungen zu gerichtlichen Leichenöffnungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 24. September 1913 — M 2428 — an sämtliche Herren Regierungsdräsidenten.

Bei der Bestimmung des Erlassen vom 4. Dezember 1909 — M 2788 —[1], daß in Fällen, wo ein Kreisassistenzarzt neben dem Kreisarzte als zweiter Arzt zu gerichtlichen Leichenöffnungen zugezogen wird, die Gebühren dem Kreisassistenzarzte verbleiben, behält es auch fernerhin sein Bewenden.

---

[1]) S. Beilage „Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung; 1909, Nr. 24, Seite 213.

Anpreisung und Vertrieb empfängnisverhütender Mittel. Erlaß des Justizministers vom 1. September 1913 — I 5169 — (a) an sämtliche Herren Oberstaatsanwälte; durch Erlaß des Ministers des Innern vom 20. September 1913 — M 7273 — (b) sämtlichen Herren Regierungspräsidenten mitgeteilt.

a. Die Anpreisung, der Vertrieb und die Anwendung empfängnisverhütender Mittel hat, wie aus den dem Herrn Minister des Innern über die Ursachen des Geburtenrückgangs erstatteten Berichten und Gutachten hervorgeht, einen Umfang angenommen, der zu ernsten Bedenken Anlaß gibt. Um der weiteren Ausbreitung tunlichst zu begegnen, erscheint es erforderlich, daß die Anklagebehörden in allen Fällen, in denen unter Verletzung des § 184 Ziff. 3 des Strafgesetzbuchs derartige Mittel vertrieben werden, mit größtem Nachdruck unter Beachtung der in der Rechtsprechung des Reichsgerichts aufgestellten Rechtsgrundsätze einschreiten. Insbesondere erscheint es auch erforderlich, daß die Vertreter der Anklagebehörden regelmäßig die Unbrauchbarmachung etwa in Betracht kommender Druckschriften (Preislisten u. dgl.) auf Grund des § 41 a. a. O. beantragen. Bei der Stellung der Strafanträge wird ferner auf die außerordentliche Gemeingefährlichkeit und die gewinnsüchtigen, niedrigen Beweggründe der Angeklagten Rücksicht zu nehmen sein. Auch wird regelmäßig der Ausschluß der Oeffentlichkeit wegen Besorgnis der Gefährdung der Sittlichkeit zu beantragen sein. Hierdurch würde in den meisten Fällen verhütet werden können, daß durch die Oeffentlichkeit der Hauptverhandlung die Aufmerksamkeit des Publikums in unerwünschter Weise auf den Geschäftsbetrieb der Angeklagten gelenkt würde.

Euere Hochwohlgeboren ersuche ich hiernach, das Erforderliche zu veranlassen.

b. Ew. pp. übersende ich usw. zur gefälligen Kenntnisnahme. Ich ersuche ergebenst, auch Ihrerseits dieser für die Volksvermehrung und die Volksgesundheit so wichtigen Angelegenheit ein besonderes Interesse zuzuwenden.

Zulassung von außerhalb Deutschlands ausgebildeten Hebammen zur Hebammenprüfung in Preußen. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. August 1913 — M. 6954 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten.

Neuerdings ist eine in Rußland zwei Jahre lang ausgebildete Hebamme in der Annahme, daß sie einen der preußischen Ausbildung gleichwertigen Bildungsgang genossen hätte, ohne meine Zustimmung zur Hebammenprüfung in Preußen zugelassen worden. Im Hinblick auf die meist anders geartete und nicht selten unzureichende Ausbildung von Hebammen außerhalb Deutschlands erscheint in jedem Falle eine eingehende Prüfung des Ausbildungsganges der an außerdeutschen Anstalten ausgebildeten Hebammen bei Gesuchen um Zulassung zur Prüfung an einer preußischen Anstalt erforderlich. Ich weise daher erneut auf den Erlaß vom 1. September 1909 — M. 8282 — hin und bemerke ausdrücklich, daß als „auswärtige" Anstalt im Sinne dieses Erlasses lediglich eine „außerpreußische deutsche" Anstalt gemeint ist, die Zulassung solcher Hebammen dagegen, die außerhalb Deutschlands ihre Ausbildung erhalten haben, nur mit meiner Zustimmung erfolgen darf.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, gefälligst die Provinzialverwaltung zwecks weiterer Veranlassung hiervon zu benachrichtigen.

Stempelpflichtigkeit der polizeilichen Genehmigungen der Feuerbestattung. Erlaß des Ministers des Innern und des Finanzministers vom 7. Juni 1913 — M. d. I. II d 1343, F.-M. III 9046 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Außer den in unserem Erlaß vom 18. Januar v. J. — M. d. I. II d 3358, F.-M. III 1045 — erwähnten, zur Herbeiführung der polizeilichen Genehmigung der Feuerbestattung vorzulegenden Urkunden sind auch die polizeilichen Genehmigungen der Feuerbestattung selbst stempelfrei, weil sie ausschließlich im öffentlichen Interesse erteilt werden.

B. Großherzogtum Baden.

Ausdehnung der Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten auf die spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta infantum). Verordnung des Ministerums des Innern vom 30. August 1913.

Auf Grund der §§ 85 u. 87a des Polizeistrafgesetzbuchs wird verordnet:

§ 1. Die bei Erkrankungs- und Todesfällen an übertragbarer Genickstarre anwendbaren Vorschriften der Verordnung vom 9. Mai 1911, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betr. (Gesetzes- u. Verordn-Bl.S. 275 ff.), und der Desinfektionsordnung vom 9. Mai 1911 (Gesetzes- u. Verordn. S. 297 ff.) einschließlich ihrer Anlagen finden auch bei Erkranungen an spinaler Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta infantum) Anwendung.

§ 2. Zur Verhütung der Verbreitung dieser Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr, abgesehen von den in § 10 Abs. 1 Ziff. 2 der Verordnung vom 9. Mai 1911, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend, aufgezählten Absperrungs- und Aufsichtsmaßmaßregeln, Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal angeordnet werden.

Die Ueberführung von an spinaler Kinderlähmung erkrankten Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gemäß § 13 Abs. 5 derselben Verordnung darf gegen den Willen der Eltern nur bei dringender Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit angeordnet werden.

§ 3. Die Anlage I zu der Verordnung vom 9. Mai 1911, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betreffend, erhält im Eingang folgenden Zusatz: „23. Spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta infantum).“

C. Freie Hansestadt Hamburg.

Abgabe stark wirkender Arzneimittel an nichtapprobierte Heilgewerbetreibende. Rundschreiben des Medizinalamts an die Apothekenvorstände vom 18. August 1913.

Die auf Beschluß des Bundesrats vom 13. Mai 1896 beruhende Bekanntmachung des Senats vom 28. August 1896, betreffend Abgabe stark wirkender Arzneimittel usw., verfolgt den Zweck, das Publikum vor dem Schaden zu behüten, den nicht approbierte Heilgewerbetreibende jeder Art durch Verordnung und Anwendung starkwirkender und giftiger Arzneimittel anrichten können. Die strenge Durchführung dieser Verordnung in den Apotheken ist daher eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung einer gemeinschädlichen Kurpfuscherei. Dieser Zweck würde vereitelt werden, wenn die genannten, nicht sachverständigen Personen diese Mittel und die daraus hergestellten Zubereitungen gegen Giftschein in den Apotheken erlangen könnten.

Da die Herren Apothekenvorstände nicht in der Lage sind, die persönliche Zuverlässigkeit in der Verwendung des geforderten Giftes bei Heilgewerbetreibenden, Zahntechnikern, Heildienern usw., falls diese Personen Gifte, die als Heil- oder Vorbeugungsmittel dienen können, z. B. Sublimat, Sublimatlösung, Sublimatpastillen (auch zu Desinfektionszwecken), Zahnpasten mit Arsenik oder anderen stark wirkenden Mitteln des Verzeichnisses zur Bekanntmachung vom 28. August 1896 in den Apotheken verlangen, einwandsfrei festzustellen, mache ich darauf aufmerksam, daß in solchen Fällen nach § 12 der Verordnung über den Handel mit Giften vom 29. November 1895 Gifte nur gegen Erlaubnisschein der Polizeibehörde abgegeben werden dürfen.

Die Herren Apothekenvorstände wollen daher, wenn seitens der oben genannten Heilgewerbetreibenden Gifte oder starkwirkende Mittel gefordert werden, sich stets den Erlaubnisschein der Polizeibehörde zum Bezuge des geforderten Giftes usw. vorlegen lassen.

Die Erlaubnisscheine sind mit den Giftscheinen aufzuheben.

Gebrauch von Arzneimitteln seitens der Hebammen. Rundschreiben des Verwaltungsphysikus an die Hebammen vom 18. August 1913.

In gegebener Veranlassung mache ich Sie hierdurch darauf aufmerksam, daß es den Hebammen streng verboten ist, Arzneimittel zu gebrauchen, die in ihrem Lehrbuch nicht angeführt sind. Besonders weise ich nochmals darauf hin, daß keine Arzneimittel zur Wehenerregung oder zur Erleichterung der Entbindung angewandt werden dürfen. Dieses Verbot gilt selbstverständlich auch für die von den Aerzten in den letzten Jahren versuchten Einspritzungen mit Pituitrin, Pituglandol und Glanduitrin. Zuwiderhandlungen werden mit Entziehung des Prüfungszeugnisses geahndet.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 21. **5. November.** 1913.

Rechtsprechung.

Verrufserklärung eines Arztes ist kein Verstoß gegen die guten Sitten. Urteil des Reichsgerichts (VII. Ziv.-Sen.) vom 27. September 1913.

Im Jahre 1905 verkaufte der Arzt Dr. G. in A. seine Praxis an einen gewissen Dr. K. In dem Kaufvertrag hatte sich Dr. G. verpflichtet, in A. keine Praxis wieder zu gründen. Er erhielt dafür eine Entschädigung von 2000 M. Nachdem er den Dr. K. eingearbeitet hatte, zog er von A. fort. Es gelang ihm jedoch nicht, sich an einem anderen Orte eine sichere Existenz zu gründen. Als dann im Jahre 1909 die Gemeinde A. durch öffentliche Ankündigung bekanntmachte, daß es erwünscht wäre, wenn sich an diesem Orte ein junger Arzt niederließe, siedelte Dr. G. wieder nach A. über, und nahm von neuem wieder die Praxis auf, erklärte sich jedoch dem Dr. K. gegenüber bereit, die seinerzeit von ihm erhaltenen 2000 M. zurückzuzahlen. Der ärztliche Bezirksverein in L. erblickte in dem Verhalten des Dr. G. einen gröblichen Verstoß gegen die Standesehre und einen Wortbruch, der ihn nicht mehr würdig erscheinen ließ, als Kollege behandelt zu werden; es wurde deshalb über ihn der gesellschaftliche Boykott verhängt und diese Maßnahme den anderen Standesvereinigungen usw. mitgeteilt. Dies hatte zur Folge, daß seine Berufsgenossen jeden gesellschaftlichen Verkehr mit ihm abbrachen und ein Zusammenarbeiten mit ihm außer in den dringendsten Fällen ablehnten. Die weitere selbstverständliche Folge war eine berufliche Schädigung. Dr. G. erhob deshalb gegen den ärztlichen Bezirksverein Klage und beantragte, daß die Verrufserklärung aufgehoben und der Verein weiterhin verurteilt würde, die den einzelnen Körperschaften gemachte Mitteilung vom Verruf zurückzunehmen. Das Landgericht in L. gab der Klage im vollem Umfange statt. Das Oberlandesgericht L. hob dagegen das Urteil der ersten Instanz insoweit auf, als dieses auf die Unzulässigkeit der Verrufserklärung erkannt hatte. Die Verrufserklärung wurde also als rechtsgültig, die Mitteilung an die einzelnen Körperschaften dagegen als unzulässig erklärt. Das Oberlandesgericht führte dabei u. a. folgendes aus: Wenn es auch erwiesen sei, daß Dr. G. durch die Verrufserklärung diskreditiert und geschädigt worden sei, so sei seinem Verlangen auf Aufhebung des Boykotts doch nicht stattzugeben; denn es sei ihm nicht in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise Schaden zugefügt worden. Dies würde nur dann vorliegen, wenn die gegen ihn unternommene Maßregel der Anschauung und dem Anstandsgefühl aller gerecht und billig denkenden Menschen widerspreche. Das treffe aber hier nicht zu. Der Verein habe die Pflicht, über die Standesehre zu wachen. Das Verhalten des Dr. G. verstoße aber gröblich gegen Standesehre und Standessitten, daher schieße der Beschluß auch nicht über das Ziel hinaus. Es sei ein wesentlicher Unterschied, ob sich auf das Inserat der Stadt A. ein fremder Arzt oder ein bereits früher dort ansässig gewesener niedergelassen haben würde. Einem fremden Arzt wäre es nicht leicht gewesen, sich eine Existenz zu gründen und Patienten zu suchen, während dies dem Dr. G. leicht gefallen wäre, da er von früher her dort bekannt sei. Hierdurch wäre aber eine Gefährdung der Existenz des Arztes eingetreten, der im Vertrauen darauf, daß G. sein Wort halten würde, ihm die Praxis abgekauft und sich dort niedergelassen hätte. Die gegen dieses Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision des Dr. G. wurde zurückgewiesen. Das Reichsgericht schloß sich ausdrücklich der Begründung des Oberlandesgerichts an und führte noch aus, der ärztliche Bezirksverein solle nach seinen Satzungen und nach der ihm durch die staatliche Anerkennung zugewiesenen Stellung Hüter der ärztlichen Standesehre sein und

die Interessen dieses Standes innerhalb seines Bezirkes wahren, er sei deshalb auch berechtigt, zur Erfüllung dieser Aufgabe strenge Maßnahmen zu treffen. Er habe hier in der Erfüllung seiner Pflichten zur Wahrung der Standesehre nach bestem Gewissen gehandelt; es liege deshalb kein sittenwidriges Handeln vor. Das Verhalten des Dr. G. anderseits sei mit der Standesehre nicht zu vereinbaren. (Sächsische Korrespondenz.)

Unbegründeter Anspruch auf Schadenersatz gegen einen Arzt wegen angeblichen Kunstfehlers. Urteil des Oberlandesgerichts in Hamm (VII. Zivilsenats) vom 2. Juli 1913.

Das Dienstmädchen eines Wirts in H. wurde wegen Schmerzen und Schwellungen an beiden Füßen nach vorhergehender ärztlicher Behandlung in das Städtische Krankenhaus in H. gebracht, wo sie 14 Wochen lang behandelt worden ist. Ihre Aufnahme erfolgte auf Grund eines zwischen der Krankenkausverwaltung und der Dienstherrschaft geschlossenen Abonnementsvertrages. Auf Grund dieses Vertrages ist das Mädchen für die ersten 6 Wochen dort behandelt und verpflegt worden, während die Behandlung für die übrige Zeit auf Kosten der Armenverwaltung erfolgte. Der Leiter der chirurgischen Station nahm an den Füßen, nachdem er Plattfußbildung festgestellt hatte, einen operativen Eingriff vor; während dieser am linken Fuß geglückt ist, hat der rechte Fuß eine Klumpfußstellung erhalten, die bis jetzt geblieben ist. — Das Mädchen behauptete, infolge dieser Klumpfußstellung nicht mehr in der Lage zu sein, die Arbeiten eines Dienstmädchens zu verrichten und verklagte den Arzt auf Ersatz des eingetretenen Schadens, da er, wie die Klägerin ausführte, durch die Art und Weise der Durchführung der Operation schuldhaft einen sogenannten ärztlichen Kunstfehler begangen habe. Demgemäß verlangte die Klägerin eine lebenslängliche Rente. — Die Klage wurde vom Landgericht in H. abgewiesen. In der Berufungsinstanz behauptete dann die Klägerin noch, daß die Klumpfußstellung dadurch verursacht sei, daß die Narkose nicht genügend tief gewesen und ferner der Fuß zu lange eingegipst gewesen sei. Das Oberlandesgericht sah jedoch den Anspruch ebenfalls als unbegründet an und wies die Berufung der Klägerin daher zurück. Ein Vertragsverhältnis, so heißt es in dem Urteil des Oberlandesgerichts, liegt nicht vor, da die Klägerin ursprünglich auf Grund eines Vertrages ihrer Herrschaft mit dem Krankenhause und später auf Kosten der Armenverwaltung im Krankenhaus behandelt worden sei; die Klage wird allein damit begründet, daß der beklagte Arzt durch die Vornahme der Operation an sich, wie durch die Art und Weise der Durchführung der Operation gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen habe. Mit dem Landgericht ist aber auf Grund des Gutachtens das Vorliegen eines Kunstfehlers zu verneinen und damit auch ein subjektives Verschulden des Arztes; denn das Gericht hat die Ueberzeugung gewonnen, daß die Klägerin bei der Einlieferung in das Krankenhaus an schwer entzündlichen Plattfüßen gelitten habe und daß bei dieser Art von Plattfüßen die Vornahme der Operation ein durchaus gerechtfertigter und mit „der herrschenden derzeitigen Anschauung der überwiegenden Mehrzahl der im Fache führenden Aerzte“ übereinstimmender operativer Eingriff gewesen sei. Desgleichen ist erwiesen, daß der Beklagte diesen Eingriff absolut kunstgerecht und unter Anwendung pflichtgemäßer Sorgfalt ausgeführt hab.

(Sächs. Korrespondenz.)

Berechtigung der Polizei zum Einschreiten wegen unrichtiger Angaben auf dem Schilde eines Zahntechnikers. — In der Bezeichnung „Zahnklinik“ kann die Beilegung eines arztähnlichen Titels gefunden werden. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 19. September 1912.

Der Chemiker A. betrieb bis zum Oktober 1910, ohne als Zahnarzt approbiert zu sein, in dem Hause X.damm 241 in Ch. gewerbsmäßig die Zahnheilkunde und benutzte auf den an und in dem genannten Hause angebrachten Geschäftsschildern, auch auf Briefbogen und in Reklameveröffentlichungen die Aufschrift: „A. Zahnklinik, Behandlung durch Arzt, Zahnarzt, Dentist“ oder statt der letzteren Bezeichnung „Spezialbehandlung durch Arzt-Zahnarzt“. Der Königliche Polizeipräsident zu Ch. forderte

ihn am 14. September 1910 unter Androhung einer Zwangsstrafe von 150 Mark für jeden Zuwiderhandlungsfall auf, diese Bezeichnungen von seinen Geschäftsschildern zu entfernen und untersagte ihm gleichzeitig, diese Bezeichnung auf Schildern, Geschäftspapieren, in Inseraten und dergl. mehr zu führen. In einer weiteren Verfügung vom 27. September 1910 setzte der Polizeipräsident die dem A. angedrohte Strafe von 150 Mark fest, weil er dem Gebot, die beanstandeten Bezeichnungen auf seinen Geschäftsschildern zu beseitigen, nicht nachgekommen sei, und drohte dem A. für den Fall, daß die Beseitigung nicht innerhalb drei Tagen erfolge, die erneute Festsetzung der Zwangsstrafe an. Gegen beide Verfügungen hat A. die Klage im Verwaltungsstreitverfahren erhoben. Er führt aus, der Beklagte sei zum Erlaß der angefochtenen Verfügungen nicht zuständig, da über die Entfernung der beanstandeten Bezeichnungen auf den Schildern nur durch gerichtliches Urteil nach Feststellung eines Verstoßes gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb entschieden werden könne. Im übrigen sei die Bezeichnung auf den Schildern auch völlig zutreffend, da in seiner Zahnklinik in den dazu geeigneten Fällen dauernd ein approbierter Arzt, San.-Rat Dr. B. und ein approbierter Zahnarzt E. beschäftigt seien. Dies hat der Beklagte bestritten. Der Bezirksausschuß hat darauf den Dr. B. und den Zahnarzt E. — beide uneidlich — als Zeugen vernommen. Es haben ausgesagt:

1. San.-Rat Dr. B.: „Sobald in der A.schen Zahnklinik ein operativer Eingriff nötig wird, insbesondere bei jeder Extraktion oder anderen chirurgischen Operationen, die eine Narkose verlangen, werde ich in jedem einzelnen Falle durch Fernsprecher herbeigerufen und bin in kürzester Zeit zur Stelle. Die für die Narkose nötigen Vorbereitungen und die Narkose besorge ich selbst und verbleibe bei den Patienten, bis sie sich vollständig erholt haben und die Klinik verlassen können.“

2. Zahnarzt E.: „Ich bin in Deutschland approbierter praktischer Zahnarzt und seit 1. Januar 1910 Mitinhaber des zahnärztlichen Instituts des Klägers. Auf Grund des mit A. abgeschlossenen Vertrages bin ich verpflichtet, bei jeder größeren Zahnoperation zugegen zu sein. Abgesehen von einigen Ausnahmefällen bin ich bei allen wesentlichen Operationen zugegen gewesen. Ich bin außerdem noch Leiter einer anderen Zahnklinik.“

Der Bezirksausschuß hatte hierauf durch Urteil vom 30. Mai 1911 die Verfügungen des Beklagten aufgehoben und ausgeführt, nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sei die Behauptung des Klägers, daß die Ankündigungen, deren Entfernung der beklagte Polizeipräsident verlangt habe, der Wahrheit entsprächen, richtig, und demnach seien die tatsächlichen Voraussetzungen, die den Beklagten zum Erlaß der angefochtenen Anordnung berechtigt haben würden, nicht vorhanden. Gegen dieses Urteil hat der Polizeipräsident rechtzeitig Berufung eingelegt. Diese erscheint begründet.

Gründe: Verfehlt ist zunächst die Ausführung des Klägers, der Beklagte sei zum Erlaß seiner Anordnungen nicht zuständig, da über sein Recht, die beanstandeten Bezeichnungen zu führen, die ordentlichen Gerichte zu entscheiden hätten. Es ist anerkannt, daß es nach § 10 Tit. 17 Teil II A.L.R. zu den Aufgaben der Polizei gehört, strafbare Handlungen und Störungen der öffentlichen Ordnung, insbesondere auch der gewerblichen öffentlichen Ordnung, zu verhindern. Die polizeiliche Anordnung ist also gerechtfertigt, wenn der Kläger durch Anbringung und Benutzung der beanstandeten Bezeichnungen eine strafbare Handlung begeht oder die gewerbliche öffentliche Ordnung verletzt; dies ist aber, wie das Gericht im Gegensatz zu dem Bezirksausschuß annimmt, der Fall.

Durch die Aussagen der Zeugen B. und E. ist zwar der ganze Sachverhalt noch keineswegs klargestellt. Es fehlen Angaben darüber, ob das von den Zeugen bekundete Verfahren bereits vor Erlaß der angefochtenen Verfügung dauernd geübt wurde, wie oft tatsächlich die Hinzuziehung der Zeugen erfolgt ist und was diese unter „operativen Eingriffen“, „größeren Zahnoperationen“, „wesentlichen Operationen“ etc. verstanden haben. Es kann dies aber dahingestellt bleiben. Denn die eigenen Angaben des Klägers gehen dahin, daß Dr. B. und E. nicht regelmäßig dauernd während der Geschäftsstunden in dem Geschäfte des Klägers zugegen waren, sondern erst im Bedarfsfalle auf Anrufen des Klägers herangezogen wurden. Geht man hiervon aus, so stehen die

beanstandeten Aufschriften des Klägers mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht im Einklang. Daraus, daß der Kläger sein Geschäft als Zahnklinik bezeichnet und, ohne weitere erläuternde Angaben mitteilt, in ihr finde Behandlung durch Arzt und Zahnarzt statt, muß jeder, der die Geschäftsschilder und Reklameveröffentlichungen des Klägers liest, zu der Annahme gelangen, daß er in dem Geschäfte des Klägers unmittelbar in die Behandlung des Arztes und des Zahnarztes kommt, und daß beide in den Geschäftsstunden regelmäßig zur Uebernahme der Behandlung zugegen sind. Den beanstandeten Aufschriften ist nicht zu entnehmen, daß die Patienten zunächst nur in die Behandlung eines nicht approbierten Zahntechnikers gelangen, und daß erst auf dessen Anordnung und vielleicht auf Wunsch der Patienten der approbierte Arzt oder Zahnarzt, die beide im Geschäft nicht regelmäßig anwesend sind, hinzugezogen werden. Die Aufschriften enthalten also über die geschäftlichen Verhältnisse des Klägers solche tatsächlich unrichtigen Angaben, die den Anschein eines besonders günstigen Angebotes hervorzurufen geeignet sind. Solche Bekanntmachungen und Mitteilungen widerstreiten der öffentlichen Ordnung im Sinne des § 3 des Reichsgesetzes über den unlauteren Wettbewerb vom 7. Juni 1900 und können deshalb von der Polizei verhindert werden.

Im übrigen wird unter einem der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung von Menschen dienenden Institut, das als „Klinik“ bezeichnet wird, nach dem allgemeinen Sprachgebrauch jedenfalls in B. und seinen Vororten eine Anstalt verstanden, deren Leiter oder Inhaber eine geprüfte Medizinalperson ist. Indem Kläger sich als der Inhaber einer „Zahnklinik“ bezeichnet und weiter ohne erläuternden Zusatz hinzufügt, daß in dieser eine Behandlung durch Arzt und Zahnarzt stattfinde, macht er Angaben, die nicht anders gedeutet werden können und jedenfalls von dem Publikum nicht anders gedeutet werden, als daß der Kläger selbst eine geprüfte Medizinalperson sei. Dadurch legt der Kläger sich einen arztähnlichen Titel im Sinne des § 147³ der Reichsgewerbeordnung bei, verstößt gegen die gewerbliche öffentliche Ordnung und macht sich strafbar. Die angefochtene Anordnung findet also auch aus dem Gesichtspunkte der Verhinderung strafbarer Handlungen ihre Rechtfertigung.

Medizinal-Archiv; IV. Jahrg., 1913, 1. H.

Eine Bestimmung, nach welcher alle Hebammen Tagebücher zu führen haben, ist als Polizeistrafvorschrift unwirksam; dagegen ist eine Polizeivorschrift, wonach Hebammen jeden Fall von „Kindbettfieber“ in ihrer Praxis dem Kreisarzt anzuzeigen haben, rechtsgültig. „Kindbettfieber“ im Sinne der Verordnung ist jedoch nur wirkliches Kindbettfieber, nicht jede fiebrige Erkrankung der Wöchnerin. Urteil des preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Januar 1913.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Strafkammer mit Recht in der unrichtigen Eintragung in das Tagebuch einen Verstoß gegen § 1 Nr. 3 (die vom Regierungs-Präsidenten in Arnsberg erlassene Polizeiverordnung vom 12. September 1883)[1]) gefunden hat; denn diese Bestimmung kann deshalb nicht angewendet werden, weil sie als polizeiliche Strafvorschrift unwirksam ist. Polizeivorschriften auf Grund der §§ 5, 6a und c—i, 11 und 12 des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 dürfen nur innerhalb der Grenzen des § 10 II. 17 ALR., also zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern drohenden Gefahr erlassen werden. Dies ist in der Literatur allgemein anerkannt und vom Oberverwaltungsgericht und Kammergericht in einer Reihe von Urteilen ausgesprochen. Deshalb sind polizeiliche Vorschriften als solche unwirksam, welche lediglich bezwecken, einer Behörde die ihr obliegende Kontrolle zu erleichtern. Zu diesen

---

[1]) Die Bestimmung lautet: „Alle Hebammen stehen unter der Aufsicht desjenigen Kreisphysikus, in dessen Kreise sich ihr Wohnsitz befindet, und sind — unbeschadet der durch besondere Polizeiverordnung und polizeiliche Anordnungen ihnen aufgelegten Verpflichtungen — gehalten:

3. ein Tagebuch zu führen,

5. jeden Fall von Kindbettfieber, sowie jeden Todesfall einer Gebärenden in ihrer Praxis dem Kreisphysikus anzuzeigen.“

Vorschriften gehört der § 1 Nr. 3; er bezweckt nicht, eine dem Publikum durch vorschriftswidrige Tätigkeit einer Hebamme etwa drohende Gefahr, also die nahe Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Schädigung abzuwenden, sondern lediglich, den Medizinalbeamten und den Medizinalbehörden die ihnen obliegende Kontrolle der Tätigkeit der Hebammen zu erleichtern. Eine reichsrechtliche Ermächtigung zum Erlaß derartiger Vorschriften, wie sie z. B. in § 38 Abs. 4 RGO. den Zentralbehörden für die in § 35 Abs. 2 und 3 ebenda aufgeführten Gewerbetreibenden gegeben ist, besteht für Hebammen nicht; es können deshalb solche Bestimmungen für Hebammen ebensowenig wie z. B. für Aerzte mit strafrechtlicher Wirkung erlassen werden. Ob eine solche Vorschrift andere Wirkungen äußern, insbesondere ihre Nichtbeachtung einem Verfahren auf Entziehung des Prüfungszeugnisses zur Grundlage dienen kann, ist hier zu erörtern.

Weiter ist die Rechtsgültigkeit der gegen die Angeklagte angewendeten Nr. 5 der erwähnten Verordnung zu prüfen, wonach Hebammen jeden Fall von Kindbettfieber in ihrer Praxis dem Kreisphysikus (jetzt „Kreisarzt“) anzuzeigen haben. Die Strafkammer hält die Bestimmung deshalb für gültig, weil sie der vom Kreisarzt zu bewirkenden Aufsicht und Kontrolle über die Hebammen dienen solle (vergl. jetzt § 6 Nr. 3 des Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes, vom 16. September 1899, GS. S. 172). Wäre dies der Fall, so würde die Nr. 5 als Polizeistrafvorschrift aus demselben Grunde unwirksam sein, welcher oben betreffs der Nr. 3 angeführt ist. Es fragt sich daher, welchen Zweck sonst die Vorschrift verfolgt. Diese Frage ist dahin zu beantworten, daß zunächst der Schutz gegen die Weiterverbreitung des Kindbettfiebers, einer übertragbaren (ansteckenden) Krankheit bezweckt wurde. Der Kreisphysikus (Kreisarzt) sollte mit dem Krankheitsfall bekannt gemacht und damit in den Stand gesetzt werden, geeignete Maßregeln zu treffen, um eine Uebertragung des Ansteckungsstoffes durch die Hebamme von der erkrankten Wöchnerin auf eine andere gleichzeitig oder kurz nachher von ihr behandelte Frau zu verhüten. Man hielt es damals für notwendig, eine solche Anzeige durch Polizeiverordnung vorzuschreiben, weil das damals geltende Gesetz, die Kabinettsorder vom 8. August 1835, „womit das Regulativ über die sanitätspolizeilichen Vorschriften bei den am häufigsten vorkommenden Krankheiten bestätigt wird“ (GS. S. 240), das Kindbettfieber nicht für anzeigepflichtig erklärte. — Wäre der erwähnte Zweck der alleinige oder allein wesentliche, so würde die Vorschrift beseitigt sein durch § 37 Abs. 1 des Gesetzes vom 28. August 1905, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (GS. S. 373), welcher lautet: „Mit dem Zeitpunkte des Inkrafttretens des gegenwärtigen Gesetzes werden die zurzeit bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung ansteckender Krankheiten aufgehoben.“ — Aber der erwähnte Zweck ist nicht der alleinige der Vorschrift. Vielmehr will sie — was insbesondere in Gegenden mit Hebammenmangel von Bedeutung ist —, darauf hinwirken, daß die Hebamme nicht unnötig lange ihrer sonstigen Tätigkeit entzogen wird. Der Kreisarzt soll in den Stand gesetzt werden, zu entscheiden, ob etwa die Hebamme ihren Dienst bei der erkrankten Wöchnerin aufgeben und nach Vornahme der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln sich für die Leistung der Geburtshilfe bei anderen Frauen bereit halten soll — wobei jetzt allerdings die Vorschrift in § 8 Abs. 1 Nr. 3 Abs. 3 Satz 2 und 3 des Gesetzes von 1905 maßgebend ist. — Dieser Gesichtspunkt wird auch in den späteren Ministerialerlassen vom 22. November 1888 und vom 7. August 1908 zutreffend hervorgehoben. Von dieser Auffassung ist auch ersichtlich die Regierung zu A. bei Erlaß der Vorschrift ausgegangen, wenngleich die Materialien zu dem dieser Verordnung zugrunde liegenden Ministerialerlaß hierüber nichts enthalten. — Bei dieser Auffassung des Zweckes findet die Vorschrift ihre Stütze in § 6 f des Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850 in Verbindung mit § 10 II 17 ALR.; sie will von gebärenden Frauen und von den zu gebärenden Kindern Schädigungen abwenden, welche eintreten können, wenn die Geburt ohne Zuziehung einer Hebamme erfolgt. Geht man hiervon aus, so ist die Bestimmung durch § 37 Abs. 1 des Gesetzes von 1905 nicht beseitigt. Denn danach sollen nur die Vorschriften aufgehoben sein, bei denen die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten der einzige oder allein wesentliche Zweck, nicht aber diejenigen, bei denen jene Bekämpfung nur eines mehrerer

gleichwesentlicher Ziele ist. Auch der Umstand, daß das Gesetz selbst bei den von ihm bezeichneten übertragbaren Krankheiten, also auch bei Kindbettfieber, eine bei der Polizeibehörde zu erstattende (von dieser nach § 6 Nr. 1 der Allgemeinen Ausführungsbestimmungen vom 7. Oktober 1905 und 15. September 1906, MMBl. 1905 S. 389, 1906 S. 372 innerhalb 24 Stunden an den Kreisarzt weiter zu gehende) Anzeige vorschreibt, steht der fortdauernden Gültigkeit der Bestimmung nicht entgegen; denn das Gesetz regelt auch die Anzeigepflicht nur insoweit erschöpfend, als es sich ausschließlich oder wesentlich nur um die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten handelt.

Die Nr. 5 ist somit rechtsgültig. Eine Uebertretung dieser Vorschrift durch die Angeklagte ist aber nicht ausreichend festgestellt. Denn nach der Polizeiverordnung ist keineswegs jeder Fall einer fiebrigen Erkrankung der Wöchnerin, sondern nur jeder Fall von Kindbettfieber anzeigepflichtig. Es ist unerheblich, daß die Hebammen dahin instruiert sind, jede bei der Wöchnerin eingetretene Steigerung der Körpertemperatur auf über 38° anzuzeigen; denn es kommt nicht auf diese Instruktion, sondern auf den Inhalt der Polizeiverordnung an. Es bedarf also der Feststellung, daß hier wirklich ein Fall von Kindbettfieber vorlag und daß die Angeklagte dies wußte oder wissen mußte.[1])

Zurücknahme des Hebammenzeugnisses wegen Nichtbefolgung der Dienstanweisung. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 7. Oktober 1912.

Es ist erwiesen, daß die N. am 8. oder 9. August 1910 bei der am 1. August 1910 entbundenen Ehefrau V. eine Fiebertemperatur von mehr als 38° festgestellt hat; sie hat dies dem stellvertretenden Kreisarzt am 15. August 1910 selbst zugestanden. Trotzdem hat sie entgegen dem § 28 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen weder die vorgeschriebene Anzeige bei dem Kreisarzt gemacht, noch sich der Behandlung anderer Wöchnerinnen enthalten. Ihre Entschuldigung, daß Frau V. nicht am Wochenbettfieber, sondern an einer durch eine Schlägerei veranlaßten Blutvergiftung gelitten habe, ist nicht stichhaltig. Die Vorschrift des § 28 der Dienstanweisung bezieht sich auf jedes Fieber im Wochenbett von mehr als 39°, nicht bloß auf solche Fiebererscheinungen, die auf sog. Kindbettfieber hinweisen. Die Nichtbefolgung der besonders dringlich gemachten Vorschrift in § 28 der Dienstanweisung stellt eine schwere Verfehlung der Hebamme dar. Nicht minder schwer ist es zu beurteilen, daß die N., wie sie selbst zugibt, wiederholt Dammrisse der Wöchnerinnen mit einer Nähnadel und angeblich ausgekochtem Zwirn genäht hat. Es kann einem Zweifel nicht unterliegen und konnte der N. nicht unbekannt sein, daß derartige Eingriffe in den Körper der Wöchnerinnen völlig außerhalb der Aufgaben einer Hebamme liegen und unter Umständen das Leben und die Gesundheit der behandelten Personen schwer gefährden können. Die N. kann sich nicht damit entschuldigen, daß ihr in § 410 des Hebammenlehrbuches die Pflicht zur Hinzuziehung eines Arztes nur für den Fall auferlegt sei, daß der Dammriß die Mitte des Darmes erreiche oder überschreite. Abgesehen davon, daß in § 221 daselbst bei jedem Dammriß die Hinzuziehung eines Arztes für erwünscht bezeichnet ist, konnte die Beklagte aus den genannten Vorschriften keinesfalls entnehmen, daß ihr das Nähen kleinerer Dammrisse gestattet sei. Dies ist eine Heilbehandlung, die den Hebammen im § 4 Abs. 4 der Dienstanweisung ausdrücklich verboten ist. Aus diesen Gründen ist die Zurücknahme des Prüfungszeugnisses der N. zu Recht erfolgt.

Unzulässige Störung der Nachtruhe durch übertriebenes Geräusch einer Sauggasmotorenanlage. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. S) vom 19. Mai 1913.

---

[1]) Nach den Ausführungen zu Nr. 5 der Polizeiverordnung würde jedoch eine Polizeiverordnung, die den Hebammen die Anzeigepflicht bei jeder fieberhaften Erkrankung mit mehr als + 38° C. vorschreibt, voraussichtlich als rechtsgültig anerkannt werden.

Der Kläger L. hatte in G. seit Jahren eine Mahlmühle nebst Brotbäckerei betrieben; die bisherige Dampfkesselanlage wurde aber im Jahre 1909 durch eine Sauggasmotorenanlage ersetzt. Durch das hierdurch erzeugte übermäßige Geräusch fühlte sich sein Nachbar Sch. in seiner Nachtruhe gestört; infolge seiner wiederholten als begründet anerkannten Beschwerden untersagte hierauf die Ortspolizeibehörde dem Kläger, den Sauggasmotor in der Zeit von 11 Uhr abends bis 6 Uhr morgens laufen zu lassen. Die vom Kläger hiergegen erfolgten Beschwerden hatten ebensowenig Erfolg als die Klage im Verwaltungsstreitverfahren, die in letzter Instanz vom Oberverwaltungsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen wurde:

Nach dem ärztlichen Gutachten besteht kein Zweifel, daß die vom Betriebe des Klägers ausgehenden Erschütterungen auf dem Nachbargrundstück eine gesundheitsgefährliche Störung der Nachtruhe auch für Menschen von mittlerem gesundheitlichen Durchschnitt bewirken, soweit die nächstgelegenen Räume in Frage kommen, während in den entfernteren Zimmern nur krankhaft empfindende (nervöse) Personen gefährdet werden. Schon die Gefährdung der gesunden Personen rechtfertigt das polizeiliche Verbot, aber auch die Gefährdung zwar nervöser, jedoch nicht gerade kranker Personen konnte die Polizeibehörde nicht außer Betracht lassen. Wenn der Kläger sagt, Sch. trage die Schule an dem polizeiwidrigen Zustand, weil er bei seinem Anbau die Berührungsfläche seines Hauses mit dem des Klägers um 6 m Länge vergrößert und es seinerseits unterlassen habe, Vorkehrungen gegen die Einwirkung des Betriebes des Klägers auf sein Gebäude zu treffen oder solche von ihm zu fordern, so kann dieser Auffassung nicht beigetreten werden; denn für den Sch. besteht keinerlei Verpflichtung, von dem Kläger eine Verstärkung der Fundamente seines Gebäudes zu verlangen oder die Fundamente des eigenen Baues besonders stark über das gewöhnliche Maß hinaus anzulegen oder den Bau von der Grenze seines Grundstücks zurückzurücken. Nicht seine Sache war es, Vorkehrungen gegen die vom Grundstück des Klägers ausgehenden, die Gesundheit schädigenden Erschütterungen zu treffen, sondern ausschließlich Sache des Klägers.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Beseitigung des öffentlichen Anschlagens oder Ausstellen von Plakaten seitens der Impfgegner. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. Oktober 1913 — M 11723 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Von den Impfgegnern ist neuerdings versucht worden, ihre Bestrebungen auch durch öffentliches Anschlagen von Plakaten oder durch Ausstellung von solchen in Schaufenstern usw. unter der Bevölkerung zu verbreiten. Auf den Plakaten befinden sich gewöhnlich aus dem Zusammenhang herausgenommene Aussprüche von Aerzten gegen die Impfung, sowie Abbildungen von verkrüppelten Kindern, deren Erkrankung angeblich von der Impfung herrühren soll. Euere Hochgeboren (Hochwohlgeboren) mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß der Inhalt derartiger Plakate gegen den noch in Geltung befindlichen § 9 des Preußischen Preßgesetzes[1]) vom 12. Mai 1851 — Gesetzs. S. 273 — verstößt. Ich ersuche ergebenst, die Polizeibehörden hierauf besonders hinzuweisen und zu veranlassen, eine Beseitigung solcher Plakate, nötigenfalls durch Anwendung unmittelbaren Zwanges herbeizuführen. Außerdem wird in geeigneten Fällen die strafrechtliche Verfolgung aus § 41 a. a. O. in die Wege zu leiten sein.

Gegengiftkasten für die erste ärztliche Hilfe bei Vergiftungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. September 1913 — M 6840 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

[1]) Der Min.Erl. stimmt im allgemeinen mit der in der Beilage zu Nr. 17, S. 209 mitgeteilten Verfügung des Königl. Regierungspräsidenten zu Liegnitz überein; es muß übrigens auch dort § 9 des Preußischen „Preßgesetzes" heißen und nicht „Impfgesetzes", wie irrtümlich gedruckt ist.

Auf Anregung des Zentralkomitees für das Rettungswesen in Preußen ist von dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heffter, Direktor des pharmakologischen Instituts der Universität in Berlin, in Gemeinschaft mit dem Generalsekretär des Zentralkomitees ein Gegengiftkasten hergestellt worden. Der Kasten wird von der Firma Kade-Berlin, SO 26, Elisabethufer 35, zum Preise von 125 M. mit Heilmitteln, Werkzeugen, Gerätschaften und Gebrauchsanweisung geliefert. Er enthält in übersichtlicher Anordnung alle Mittel, die zur ersten ärztlichen Hilfe bei den hauptsächlich vorkommenden frischen Vergiftungen erforderlich sind, die Gerätschaften, um die einzelnen Mittel gebrauchsfertig herzustellen, und die Gegenmittel bei Vergiftungen.

Für die Anwendung von Kochsalzinfusionen, die häufig bei Vergiftungen erforderlich sind, ist ein neues Gerät vorgesehen. Der Arzt ist dadurch in die Lage versetzt, überall ohne weitere Beihilfe selbst die erforderlichen Mittel in kurzer Zeit anzuwenden, was besonders da, wo Apotheken und Krankenhäuser nicht schnell zu erreichen sind, von entscheidender Bedeutung ist. Gerade bei frischen Vergiftungen ist schnelles Eingreifen wichtig, da die Entfernung des Giftes und Unschädlichmachung seiner Folgen sich um so schwieriger gestalten, je länger das Gift seine schädliche Wirkung im Körper entfalten kann.

Der Kasten ist nicht umfangreich und nicht schwer, so daß er vom Arzte leicht mitgenommen werden kann.

Indem ich noch auf den Aufsatz von Prof. Heffter auf S. 436 ff. der Zeitschrift „Archiv für Rettungswesen und erste ärztliche Hilfe", I. Bd., 5. Heft von 1913 (Verlag von Richard Schoetz-Berlin, SW. 48, Wilhelmstraße 10) hinweise, ersuche ich ergebenst, das Weitere gefälligst zu veranlassen.

Wiederholung der Hebammenprüfung. Erlaß des Ministers des Innern vom 10. Oktober 1913 — M. 7286 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten.

Ein Spezialfall aus neuerer Zeit gibt mir Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß bei Nichtbestehen der Hebammenprüfung deren Wiederholung im allgemeinen nur dann zuzulassen ist, wenn der Hebammenlehrkursus noch einmal vollständig durchgemacht worden ist. Ich will mich indessen damit einverstanden erklären, daß in geeigneten Fällen die Schülerin, die die Prüfung nach Beendigung eines Lehrkursus nicht bestanden hat, zur Prüfung am Schlusse des folgenden Lehrganges zugelassen wird, sofern sie an diesem in den letzten drei Monaten mit Erfolg teilgenommen hat. Jedenfalls kann eine solche Schülerin die Hebammenprüfung nur gelegentlich der Prüfung am Schlusse eines Lehrkursus wiederholen, den sie ganz oder teilweise durchgemacht hat.

B. Königreich Sachsen.

Bekämpfung der Tuberkulose. Bekanntmachung des Landesgesundheitsamts, Abteilung I, vom 26. September 1913.

Es ist mehrfach vorgekommen, daß Kranke mit vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose von ihren Angehörigen gegen den Willen des behandelnden Arztes aus der Krankenhausbehandlung entfernt und in ihre Wohnung gebracht worden sind, trotzdem letztere zur Aufnahme eines derartigen Schwerkranken ungeeignet war oder auch andere Gründe gegen diese Unterbringung vorlagen.

In allen diesen Fällen empfiehlt es sich, daß der betreffende Krankenhausarzt gemäß § 2 der Verordnung des Königl. Min. des Innern vom 29. September 1900, die Bekämpfung der Tuberkulose der Menschen betreffend (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 918), entweder seiner vorgesetzten Behörde oder der Polizeibehörde des Wohnortes der Kranken zum Zwecke weiterer Veranlassung schriftliche Anzeige erstattet, damit die Ortspolizeibehörde des Wohnortes der Kranken die erforderlichen Maßregeln treffen und der Bezirksarzt sie nachprüfen kann. Die Ortspolizeibehörde ist gehalten, etwaige Auslassungen des Arztes bezüglich der Desinfektion und naturgemäß auch in anderer Richtung tunlichst zu berücksichtigen.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 22. **20. November.** 1913.

Rechtsprechung.

Bestrafung wegen fahrlässiger Körperverletzung infolge unvorsichtiger Röntgenbehandlung. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 20. September 1913.

Auf Anweisung der Krankenkasse hatte sich im September 1911 der Maurer N., der seit 1908 an den Folgen eines Bauunfalles litt, in die Behandlung des früheren Besitzers des Adolfbades in W., cand. med. Schm. begeben, um durch eine Untersuchung mittels Röntgenphotographie feststellen zu lassen, ob bei ihm ein Bruch des Lendenwirbels vorliege Innerhalb von sechs Wochen nahm Schm. mindestens sechs Aufnahmen des N. mit einem sogenannten „Dessauer Apparat“ vor, die aber infolge seiner Ungeschicklichkeit sämtlich mißlangen. Nach der letzten Belichtung, die 5—6 Minuten gedauert hatte, empfand N. eine heftige Uebelkeit. Schm. besprach die Sache dann mit einem Apparatfabrikanten, der zwar von einer weiteren Behandlung abriet und Schm. ermahnte, den Kranken zu einem Spezialarzt zu schicken, schließlich aber doch auf dessen Bitten, der den guten Kassenpatienten nicht verlieren wollte, mit einem neuen Apparat noch eine, allerdings ebenfalls resultatlose Belichtung vornahm. 14 Tage später rötete sich bei N. die Haut, am Nabel bildete sich ein handtellergroßes Geschwür, die später von Krankenhausärzten als eine Röntgenverbrennung festgestellt wurde. Die Heilung konnte nur durch umständliche Haut-Transplantationen erfolgen. N. war durch Schm. Kunstfehler auf 35 Wochen arbeitsunfähig geworden; seine Gesundheitsschädigung war nicht auf Mangelhaftigkeit des benutzten Röntgenapparates, sondern auf die Außerachtlassung wichtiger Vorsichtsmaßregeln zurückzuführen. Als Mediziner, der mit der Röntgenpraxis wohl vertraut war, mußte Schm. die Gefahr einer häufigen Bestrahlung kennen. Seine Fahrlässigkeit war um so größer, als er 6 Aufnahmen innerhalb kurzer Zeit machte, während schon drei Belichtungen für gewöhnlich als gefahrvoll gelten. Da der N. eine normal entwickelte, nicht überempfindliche Haut besaß, so ging aus der Größe der Verbrennung hervor, daß das zulässige Maß weit überschritten war, was sich ebenfalls auch aus der Summe der Bestrahlungen ergab. Erschwerend kam in Betracht, daß Schm. die Pflicht zu besonderer Sorgfalt, die sein Gewerbe als Besitzer einer Heilanstalt ihm auferlegte, vernachlässigt hatte. Das Landgericht zu W. verurteilte ihn daher zu 300 Mark Geldstrafe wegen fahrlässiger Körperverletzung. Die von Schm. dagegen eingelegte Revision wurde vom I. Str.-S. des Reichsgerichts als unbegründet verworfen. (Sächsische Korrespondenz.)

Die rechtliche Grundlage der Haftpflicht einer Gemeinde für fahrlässige Gesundheitsbeschädigung der in ihrem Krankenhause verpflegten Personen. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 9. Juli 1913.

Unbeschadet der Tatsache, daß die Gemeinden ihre Krankenhäuser in Erfüllung öffentlich-rechtlicher Pflichten errichten und unterhalten, schließen die in das Krankenhaus aufzunehmenden zahlenden Privatpersonen bürgerlichrechtliche Verträge mit der Verwaltung ab. Die Gemeinde haftet daher für das Verschulden der Krankenhausangestellten (Arzt, Pfleger usw.) nach den Vorschriften des BGB. R. hatte sich im städtischen Krankenhaus zu Stettin als zahlende Privatperson zum Zwecke einer Operation aufnehmen lassen. Durch Versehen des Arztes oder der Krankenschwester war ein Wattepfropfen (Tampon) in der Wunde verblieben. Für die dadurch verursachte Verschlimmerung der Wunde machte R. die Stadtgemeinde St. verantwortlich.

Ueber die Frage, ob die Stadt für das Verschulden ihrer Angestellten im Krankenhaus verantwortlich sei, sprach sich das Reichsgericht (III. Z.-S.) wie folgt aus: Ob die Gemeinden durch den Betrieb eines Krankenhauses einen Gewinn erzielen oder erzielen wollen, oder ob durch die Zahlungen des in die besondere Verpflegungsklasse Aufgenommenen die ihm gewährten Leistungen des Unternehmers völlig aufgewogen werden, ist für die Vertragsfrage gleichgültig. Der Umstand, daß das städtische Krankenkaus einer gemeinnützigen Bestrebung dient, hindert nicht, daß die Stadt als Unternehmehmerin über die zu gewährenden Leistungen Verträge abschließt. Ob die Krankenhausgebühren öffentliche Abgaben sind, kann dahingestellt bleiben, das Wesen dieser Gebühren ist für die Frage, ob ein Vertrag geschlossen ist, nicht schlechthin entscheidend, ebensowenig ist es der Umstand, daß sie im Wege des Verwaltungszwangsverfahrens beitreibbar sind. Dieser Umstand ergibt noch nicht, daß es sich um staatsrechtliche und nicht etwa um privatrechtliche Gebühren handelt. Auch die öffentlich-rechtliche Körperschaft, die zur Erfüllung einer mit Rücksicht auf das Gemeinwohl ihr obliegenden öffentlich-rechtlichen Verpflichtung im allgemeinen Gebühren als öffentliche Abgaben im staatsrechtlichen Sinne erhebt, kann im Einzelfalle dieselben Leistungen auf Grund einer bürgerlich-rechtlichen Verpflichtung gegen eine vertragsmäßige Gegenleistung gewähren. Daß diese Gegenleistung von vornherein und allgemein der Höhe nach gleichmäßig bestimmt ist, steht der Annahme eines Vertragswillens nicht entgegen. Das Vorhandensein eines solchen Vertragswillens hat das Oberlandesgericht Stettin hier ohne Rechtsirrtum festgestellt. Für diesen Willen spricht besonders, daß der Kläger nicht Eingesessener der Stadt Stettin war, die mit der Einrichtung und dem Betriebe des Krankenhauses doch in erster Reihe der Fürsorgepflicht gegenüber den Ortsangehörigen dienen will, und ferner, daß er nicht zu den Sätzen der untersten Verpflegungsklasse aufgenommen ist. Die Beklagte hat ihm nicht bloß das gewährt, was sie gewähren will und muß, um der öffentlichen Verpflichtung zu genügen; lediglich um dieser Verpflichtung willen wird sie niemals jemanden in eine der höheren Verpflegungsklassen aufnehmen. Ohne Rechtsverstoß hat das Berufungsgericht angenommen, daß ein Verschulden das schadenbringende Verbleiben des Tampons in die Wunde verursacht hat. Mag dies Verschulden den Arzt oder die Krankenschwester oder einen sonstigen bei der Operation mitwirkenden Angestellten treffen, sie alle sind Erfüllungsgehilfen der Beklagten in Ansehung ihrer Verbindlichkeit aus dem Vertrage mit dem Kläger und für ihr Verschulden haftet die Beklagte nach § 278 BGB. (Sächsiche Korrespondenz.)

Hausierhandel mit antikonzeptionellen Mitteln (Spülspritze „Leukopedra"). Persönliches Anbieten ist kein öffentliches Anpreisen. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 23. Oktober 1913.

Der Reisende Cl. mietete sich im Dezember 1912 auf drei Tage in L. ein und benutzte diese Zeit dazu, um im Wege des Hausierverkehrs verschiedene Ehefrauen aufzusuchen und ihnen eine Spülspritze „Leukopedra" anzubieten, die, sofort nach dem Beischlaf gebraucht, jede Empfängnis unmöglich machen sollte. Cl. teilte hierbei den Frauen mit, daß es sich hier um ein vorzügliches Mittel gegen allzu reichen Kindersegen handele. Wegen des Vertriebes der „Leukopedra" wurde Cl. vom Landgericht O. auf Grund des § 184 Abs. 3 St.G.G. (Anpreisen und Ankündigung von Mitteln zum unzüchtigen Gebrauch) zu vier Wochen Gefängnis verurteilt. Die Unzüchtigkeit wurde darin erblickt, daß der Geschlechtsverkehr, bei dem dergleichen antikonzeptionelle Mittel verwendet würden, eben durch diese Verwendung ein unzüchtiger werde. In seiner Revision beim Reichsgericht hob Cl. heror, er sei in einem strafausschließenden Irrtum befangen gewesen, da er auf Grund seines Wandergewerbescheines sich zum Vertrieb der „Leukopedra" berechtigt geglaubt habe. Ferner sei der Begriff des Unzüchtigen verkannt, da die Anwendung empfängnisverhütender Mittel im ehelichen Geschlechtsverkehr nicht unzüchtig sei. Das Reichsgericht hat den Einwand als berechtigt anerkannt, im Anschluß an den Antrag des Reichsanwalts das Urteil aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückverwiesen, vor allem deshalb, weil bei der Feststellung des „Anpreisens" der Strafkammer ein Rechtsirrtum unterlaufen sei, denn darum,

daß Cl. sich persönlich an bestimmte Ehefrauen gewandt habe, könne ein allgemeines Anpreisen an das Publikum nicht erblickt werden. Somit fehle ein wichtiges Tatbestandsmerkmal des § 184, 3 St.G.B.

(Sächsische Korrespondenz.)

Polizeiverordnungen, die allgemein die Ankündigung aller dem freien Verkauf entzogenen Heilmittel verbieten, sind rechtsungültig. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 13. Oktober 1913.[1]) Ein Chemiker Dr. Sp. hatte in der in Berlin erscheinenden „Zahntechnischen Rundschau" eine Anzahl von ihm selbst hergestellter nicht freigegebener Arzneimittel als Linderungsmittel bei Zahnkrankheiten angekündigt. Die Strafkammer des Landgerichts hatte ihn freigesprochen, da eine „öffentliche" Ankündigung nicht vorliege; in der Revisionsinstanz gelangte das Kammergericht (I. Str.-S.) ebenfalls zu einem Freispruch, aber aus anderen Gründen. In dem Urteil, in dem das Kammergericht seinen bisher in dieser Frage angenommenen Standpunkt nach eingehender Prüfung aufgibt oder wenigstens erheblich einschränkt, heißt es: Die das polizeiliche Verordnungsrecht begrenzende landrechtliche Vorschrift läßt nur Verordnungen zu, die dazu bestimmt sind, einer nahen, auf Tatsachen beruhenden Wahrscheinlichkeit einer Gefahr zu begegnen. Von einer Gefahr im allgemeinen kann aber bei der öffentlichen Ankündigung von Monopolmitteln nicht gesprochen werden. Nur Vorschriften, die etwa die Ankündigung der dem Rezepturzwang unterliegenden Mittel oder die Ankündigung von Heilmitteln gegen bestimmte, besonders gefährliche Krankheiten, werden sich innerhalb der Grenzen jener landrechtlichen Vorschrift bewegen. Ein allgemeines Verbot der öffentlichen Ankündigung von Heilmitteln habe aber keinen rechtlichen Bestand.

(Apothekerzeitung; 1913, Nr. 84.)

Chinolin (a) und Lebertranpepsin-Emulsion (b) sind als Heilmittel dem freien Verkehr entzogen. Urteile des Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. (a) und 13. (b) Oktober 1913.

Das Verbot des Hausierhandels mit Arzneimittel erstreckt sich auch auf die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel, soweit sie arzneilichen (Heil- oder Vorbeugungs-) Zwecken dienen. Urteil des Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 9. Oktober 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Ausbildung von Aufsichtsbeamten in Strafanstalten und Gefängnissen als Desinfektor. Erlaß des Ministers des Innern vom 3. Oktober 1913 — S. 676 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, in deren Bezirken sich Strafanstalten oder Gefängnisse befinden.

Um den Anforderungen der Gesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten zu genügen, ist es erforderlich, daß auch in jeder Strafanstalt und jedem größeren Gefängnis ein Aufsichtsbeamter als Desinfektor ausgebildet ist, welcher eintretendenfalls unter Aufsicht des Arztes die Desinfektionen auszuführen hat. Ich ersuche daher ergebenst, dafür Sorge zu tragen, daß von jeder Anstalt, welche noch keinen als Desinfektor ausgebildeten Aufsichtsbeamten aufweisen kann, alsbald ein solcher, und zwar in erster Linie ein Lazarettaufseher, zur Teilnahme an einem Unterrichtskursus für staatliche Desinfektoren entsandt wird. Soweit den Beamten für die Teil-

[1]) In gleicher Weise hat das Kammergericht durch Urteile vom 16. und 20. Oktober 1913 entschieden.

nahme an diesen Kursen Reisekosten und Tagegelder gewährt werden, sind diese aus Kap. 96 Tit. 11, die übrigen sächlichen Aufwendungen (Prüfungsgebühren pp.) aus Kap. 96 Tit. 7 des Anstaltsetats zu bestreiten.

Entwürfe zu Festsetzungen über Lebensmittel. Rund-Erlasse des Ministers des Innern vom 5. Februar — M 7477 — (a) und vom 18. Oktober 1913 — M 7283 — (b) an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a. Bei einer in Aussicht genommenen Aenderung des Nahrungsmittelgesetzes vom 14. Mai 1879 kommt auch in Frage, die Möglichkeit amtlicher Festsetzungen über die Beschaffenheit und Beurteilung der einzelnen Lebensmittel zu schaffen. Vom Kaiserlichen Gesundheitsamt und Reichsgesundheitsrat ist begonnen worden, „Entwürfe zu Festsetzungen über Lebensmittel" aufzustellen, von denen bisher 3 Hefte, betreffend Honig, Speisefette und Speiseöle sowie Essig und Essigessenz, vorliegen. Die Hefte sind im Verlage von Julius Springer in Berlin W. 9, Linkstraße 23/24, erschienen und von dort zum Preise von 0.70 M. für Heft 1, 2,10 M. für Heft 2 und 1,10 M. für Heft 3 zu beziehen. Der Zweck der Entwürfe und ihre Vorgeschichte geht aus dem jeden Enwurfe vorangestellten allgemeinen Vorwort hervor, das auch in Nr. 169 des Deutschen Reichsanzeigers und Königlich Preußischen Staatsanzeigers vom 17. Juli 1912 abgedruckt ist.

Ich ersuche ergebenst, gefälligst zu veranlassen, daß die Brauchbarkeit der Entwürfe in den öffentlichen Untersuchungsanstalten des dortigen Bezirks auf Grund der Erfahrungen bei der Ueberwachung des Lebensmittelverkehrs gepüft wird. Die Beschaffung der Hefte muß den Anstalten selbst überlassen bleiben. Ferner erkläre ich mich damit einverstanden, daß die in Betracht kommenden Anstalten ermächtigt werden, wegen ihrer Erfahrungen und etwaigen Bedenken gegen die Entwürfe mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamt unmittelbar in Meinungsaustausch zu treten, ersuche aber, mir Abschriften von den Aeußerungen der Untersuchungsanstalten zugehen zu lassen. Endlich stelle ich Ew. pp. anheim, Sich auch selbst zu den Entwürfen und den geplanten Aenderungen des Nahrungsmittelgesetzes (siehe das bereits erwähnte Vorwort zu den Entwürfen) zu äußern.

b. Mit Bezug auf meinen Erlaß vom 2. Februar d. Js. — M. [illegible] — mache ich darauf aufmerksam, daß im Verlage von Julius [illegible] selbst das Heft 4 der vom Kaiserlichen Gesundheitsamte herausgegebenen Entwürfe zu Festsetzungen über Lebensmittel, betreffend Käse, zum Preise von 1 Mark erschienen ist. Ich ersuche ergebenst, die öffentlichen Untersuchungsanstalten des dortigen Bezirks im Sinne des zweiten Absatzes des eingangs erwähnten Erlasses mit Weisung zu versehen.

B. Königreich Württemberg.

Ausdehnung der Anzeigepflicht und Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten auf die epidemische Kinderlähmung. Verfügung des Ministers des Innern vom 2. Oktober 1913.

Die in § 1 Abs. 1 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 9. Februar 1910, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Reg.-Bl., S. 84), festgesetzte Anzeigepflicht wird hiermit auf die akute epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta infantum) ausgedehnt. Die Vorschriften der genannten Verfügung, mit Ausnahme der §§ 2, 3, 7, Abs. 2 und des § 20, finden entsprechende Anwendung.

Redakteur: Geh Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 23. 5. Dezember. 1913.

Rechtsprechung.

Unvorsichtiges Verfahren mit Röntgenstrahlen. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 6. November 1913.

Zu dem B. L. in M., der ein physikalisches Heilinstitut besitzt, kam Ende Juli 1911 die Ehefrau X., um sich von dem Handrücken die dort zahlreich sichtbaren gelben Hautflecke beseitigen zu lassen. L. verdunkelte das Zimmer, durchleuchtete und photographierte die Frau und ließ sie dann die Hände festaneinanderlegen und während der 4 Minuten dauernden Belichtung dicht vor die Oeffnung des Blendkastens halten. In den drei folgenden Wochen wiederholte er je dreimal die Bestrahlung mittels Hochfrequenzapparates; zuletzt bediente er sich eines Blaulichtapparates. Dann gab er das Belichtungsverfahren auf und sagte der Frau, es würden sich jetzt Blasen bilden, nach deren Heilung sie wiederkommen möge. Tatsächlich entstanden an den belichteten Stellen Blasen, aber so bösartiger Natur, daß die von L. dagegen verordneten Salben nichts halfen. Ein Arzt stellte eitrige Wunden fest, die sogar die Sehnen bloßlegten. Erst nach langwieriger Behandlung heilten Ende April 1912 die Wunden; auf beiden Handrücken blieben jedoch Narben zurück; außerdem waren Ringfinger und kleiner Finger beider Hände gekrümmt und unbeweglich geworden. Nach dem Gutachten der Sachverständigen sind dies die Folgen der Röntgenbehandlung, bei der wegen der steten Verbrennungsgefahr der Blutgefäße die größte Vorsicht geboten ist. Es lag hier eine nur auf Ueberdosierung zurückzuführende Verbrennung dritten Grades vor. Die Wirkung der Röntgenstrahlung ist abhängig von der Entfernung vom Apparat, die nach der Stärke der Strahlen bestimmt wird, von der Intensität des elektrischen Stromes und der Belichtungsdauer. Nur genaue Kontrolle dieser drei Faktoren kann einen voraussichtlich gefahrlosen Verlauf der Röntgenbehandlung gewährleisten. L. ließ es aber an geeigneten Kontrollapparaten fehlen lassen. Statt mittels eines Radiometers hatte L. die Stärke der Strahlen nur mittels einer Durchleuchtung der Hände und mittels Bariumplatinzyanürplatten festgestellt; ferner besaß er weder zur Kontrolle der Stromstärke einen Milliamperometer, noch zur Beobachtung der Belichtungsdauer einen Wecker. Es mangelte also jede Garantie für zweckmäßige Behandlung. Röntgenbestrahlung war außerdem in Anbetracht des geringfügigen Schönheitsfehlers, der hier zu beseitigen war, wegen der mit der Belichtung immer verbundenen Gefahr zweckwidrig und unzulässig. Da Frau X. keine Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen besaß, konnte ihre Erkrankung nur mit einer mangels genügender Kontrolleinrichtungen eingetretenen Ueberdosierung erklärt werden. Die Blaulichtbestrahlung kam hierbei nicht in Frage. Die Strafkammer war daher zu der Feststellung gelangt, daß L. durch Außerachtlassung der pflichtgemäßen Sorgfalt, nämlich durch mangelhafte Kontrolle der Stromstärke, der Belichtungsdauer und der Entfernung vom Apparat, deren Wichtigkeit ihm bekannt war, die Gesundheitsbeschädigung der Frau X. fahrlässigerweise verursacht habe. Auf welchen der drei Verstöße insbesondere die Entzündung der Handrücken zuleiten sei, entschied das Landgericht nicht, wohl aber sprach es die Ueberzeugung aus, daß diese drei die Bestrahlungswirkung entscheidend bestimmenden Faktoren durch Verschulden des L. sich zu ungünstiger Gesamtwirkung verbunden hätten. L. war demzufolge zu 150 M. Geldstrafe und Leistung einer Buße verurteilt. In seiner Revision beim Reichsgericht suchte er nun nachzuweisen, daß die Feststellungen der Strafkammer über die Zweckmäßigkeit von Kontrollmaßnahmen nicht mit der Wirklichkeit in Uebereinstimmung seien, daß unmöglich bei so verwickelten Vorgängen die

Ursache der Verletzung in einer besonderen Fahrlässigkeit zu erblicken sei, daß schließlich auch prozessual das landgerichtliche Verfahren manchen Verstoß enthalte. Das Reichsgericht verwarf jedoch dem Antrage des Reichsanwalts gemäß die Revision, da die prozessualen Rügen unbeachtlich seien, materiell aber festgestellt sei, daß L. in jeder der drei Hauptrichtungen den Kontrollerfordernissen nicht genügt habe, wobei dahingestellt bleiben könne, welches einzelne Sonderverschulden und Sonderereignis die Körperverletzung der Frau X. verursacht habe. (Sächsische Korrespondenz.)

Unlauterer Wettbewerb durch übertriebene Reklame eines Heilkünstlers. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 10. November 1913.

Der Bader H. A. hatte in der „Schwarzwälder Bürgerzeitung" Inserate veröffentlicht, in denen er in prahlerischer Reklame angab, daß er sämtliche Krankheitsfälle nach neuester Methode, nach den Lehren der Homöopathie und des Pfarrers Kneipp behandele. Offene Füße, Wassersucht und Zuckerkrankheit, also ausgesprochen chronische Leiden, „in sehr kurzer Zeit" heile, insbesondere verstehe er sich auf die „sofortige Stillung von Blutsturz". Es wurde infolgedessen gegen ihn das Strafverfahren wegen unlauteren Wettbewerbs eingeleitet, das zu seiner Verurteilung führte. Die Strafkammer des betreffenden Landgerichts (in Rottweil) stellte durch Urteil vom 15. Mai 1913 fest, daß die in dem Inserate gemachten Angaben des A., soweit sie die Zusicherung schneller Heilung chronischer Leiden und sofortiger Stillung von Blutsturz enthielten, auf Unwahrheiten beruhen, da es selbst der besten ärztlichen Kunst bisher versagt geblieben sei, derart frappante Wirkungen zu erzielen. Wenn auch für das gebildete Publikum die Unwahrheit der Angaben des A. leicht erkennbar sei, so bestehe dennoch die Möglichkeit, daß der weniger gebildete Teil der Zeitungsleser durch solch übertriebene Reklame irregeführt und veranlaßt werden könnte, sich in die Behandlung von A. zu begeben. A. sei diese Wahrscheinlichkeit bekannt gewesen; er habe auch die Absicht verfolgt, durch seine Angaben im allgemeinen den Anschein eines besonders günstigen Angebots zu erwecken. Der Tatbestand unlauteren Wettbewerbs sei somit erfullt. Gegen seine Verurteilung legte A. Revision beim Reichsgericht ein, die aber von diesem dem Antrage des Reichsanwalts gemäß als unbegründet verworfen wurde. (Sächsische Korrespondenz.)

Zulässigkeit eines Verbots der reklameartigen Ankündigung von Heilmitteln. Urteil des Sächsischen Oberlandesgerichts (Str.-S.) in Dresden vom 5. November 1913.

In einigen Nummern der „Leipziger Illustr. Zeitung" war ein Inserat erschienen mit der fettgedruckten Ueberschrift: „Verstopfung", und dem in kleinerer Schrift ausgeführten Satz: „Hämorrhoiden, Leberleiden, Magenbeschwerden. Tamarinden, beliebtes Abführmittel!" Das Gesundheitsamt der Stadt Leipzig erließ infolgedessen eine Warnung an den Verlag, da das Inserat gegen die Bestimmungen der Ministerial-Verordnung vom 14 Juli 1913 verstoße, die ein Anpreisen von Heilmitteln über ihren wahren Wert hinaus verbiete. Als es trotzdem wieder erschien, erfolgte Einleitung des Strafverfahrens, die zu einer Verurteilung des Verlags durch das zuständige Schöffengericht und Landgericht führte. Der von dem Verlag gemachte Einwand, daß die Anzeige lediglich die Ankündigung eines Abführmittels mit dem Hinweis darauf, was alles durch eine Verstopfung entstehen könne, enthalte, und deshalb von einer über den wahren Wert gehenden Anpreisung, Irreführung oder Belästigung des Publikums, wie es die Verordnung voraussetze, nicht die Rede sein könne, wurde von beiden Gerichten für unbeachtlich erklärt, da die Anzeige nicht nur ein Mittel zur Behebung der Verstopfung, sondern auch ein solches zur erfolgreichen Bekämpfung, also zur Heilung der Hämorrhoiden, Leber-, Magenleiden und dergl. enthalte. Nach dem ärztlichen Gutachten sei das Präparat aber weiter nichts, als ein lindes Abführmitttel. Das Oberlandesgericht stellte sich auf denselben Standpunkt und verwarf die Revison, weil im Urteil der Vorinstanz genau festgestellt sei, daß die Annonce bezw. das Mittel nicht als Vorbeugungs-, sondern als Heilmittel aufzufassen sei.

Gesundheitsgefährdende Rauch-, Ruß- und Geräuschbelästigung durch den Betrieb einer Schlosserei. Entscheidung des Königlichen Oberverwaltungsgerichts (X. Senats) vom 8. Juli 1913.

. . . Ergaben diese Vorgänge, daß dem Besitzer der Schlosserei schon bald nach deren in den Jahren 1893 94 erfolgten ersten Vergrößerung zufolge nachbarlicher Beschwerden Auflagen zur Minderung der nach außen dringenden Betriebseinwirkungen, namentlich des Geräusches gemacht worden sind, so ist der Gerichtshof bei Prüfung der den jetzigen Streit bildenden, anfangs mitgeteilten Verfügung vom 2. Oktober 1911[1]), durchgehends in Uebereinstimmung mit den wohlerwogenen Ausführungen des Bezirksausschusses gleichfalls zu der Ueberzeugung gelangt, daß der Kläger durch diese Verfügung in seinen Rechten nicht verletzt worden ist und die tatsächlichen Voraussetzungen zu deren Erlasse gegeben waren (§ 127 Abs. 3 und 4 und § 128 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883). Da die zwischen der Ortspolizeibehörde und den Gewerbeaufsichtsbeamten mehrfach erörterte Frage, ob die vergrößerte Schlosserei nicht zu den nach § 16 der Gewerbeordnung zu genehmigenden Anlagen gehöre — keinenfalls zum Nachteil des Betriebsinhabers — verneint worden ist, hatte die Beklagte gemäß den ihr durch § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts gestellten Aufgaben dafür zu sorgen, daß durch den Betrieb das Publikum oder einzelne seiner Mitglieder nicht gefährdet wurden. Hieran ist durch den die privaten Nachbarverhältnisse regelnden § 906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs nichts geändert. Nach dem dargelegten Sachverhalte blieb, wie die Berufung nicht verkennt, für den vorliegenden Streit die Feststellung gesundheitsschädigender Einwirkungen ausschlaggebend. Bloße Belästigungen soweit sie nicht etwa den öffentlichen Verkehr beeinträchtigen, was hier von, keiner Seite behauptet ist, rechtfertigen kein polizeiliches Einschreiten. Als schädigend haben Nachbarn nun von vornherein an erster Stelle das aus der erweiterten Schlosserei dringende Geräusch bezeichnet. Unter Beachtung der Beschaffenheit der Baulichkeiten, der Zahl der Arbeiter, welche nach dem Berichte des Gewerbeaufsichtsbeamten vom September 1911 auf ca. 35 gestiegen waren, deren wiederholt beschriebener Beschäftigung mit Bauschlossereiarbeiten auch an maschinellen Einrichtungen, hegte der Gerichtshof, übereinstimmend mit dem Bezirksausschusse, den von ihm gehörten Sachverständigen und einer großen Zahl von Zeugen keinen Zweifel, daß um die Zeit des Erlasses der Verfügung ungewöhnlich starke Geräusche durch den klägerischen Betrieb hervorgerufen wurden, welche bei den mangelhaft schließenden und im Sommer nicht selten geöffneten Fenstern auf die angrenzenden Grundstücke der Sch.- und V.-straße drangen und dort nicht bloß etwaige Kranke, sondern auch nervös Veranlagte und selbst Gesunde unter den Anwohnern schädigen konnten. Als durchaus ungewöhnlich für den fraglichen Stadtteil hatte auch das Oberlandesgericht nach einer umfassenden Beweisaufnahme den Lärm der Schlosserei in dem obenerwähnten Urteile vom 9. März 1904 bezeichnet und mit dem Landgerichte die Vornahme gewisser Verrichtungen untersagt. Die Würdigung der Zeugenaussagen, die auch der Bezirksausschuß vertritt, wonach den uneidlich vernommenen Anwohnern der beiden Straßen trotz ihres Interesses zur

[1]) Die betreffende Verfügung hatte folgenden Wortlaut:

„Auf Grund zahlreicher Beschwerden von Anwohnern der Sch.- und V.-straße ist amtsärztlich festgestellt, daß Ihr Schlossereibetrieb, O.-weg Nr 43, durch Rauch, Ruß und Geräusch die Gesundheit der Nachbarn gefährdet.

In gesundheitspolizeilichem Interesse fordern wir Sie auf, binnen 4 Wochen nach Zustellung dieser Verfugung für Abhilfe zu sorgen, widrigenfalls wir für jeden Fall einer berechtigten Beschwerde eine Strafe von 150 M., an deren Stelle im Unvermögensfalle Haft bis zu 2 Wochen tritt, gegen Sie festsetzen werden."

Dieser Aufforderung folgte eine Rechtsmittelbelehrung und nachstehender Vermerk:

„Die Entscheidung, welche Vorkehrungen Sie zu treffen haben, bleibt Ihnen überlassen; wir halten es indessen für angebracht, Sie darauf hinzuweisen, daß voraussichtlich angemessene Erhöhung der Schornsteine, Abdichtung der Schallöffnungen während der Arbeit, eventl. Anbringung von Doppelfenstern zweckdienlich sein werden, ebenso Erhöhung der Umfassungsmauern wenigstens nach dem Grundstücke des Herrn F. hin."

Sache hinsichtlich der bekundeten Wahrnehmungen Glauben zu schenken war, erschien unbedenklich. Ebenso war die Unbefangenheit der Medizinalbeamten und des Regierungs- und Gewerberats, nach dessen Aeußerung im letzten Verhandlungstermine des Bezirksausschusses durch Aufstellung zweier Ambosse im Obergeschosse die Schallwirkung sich erhöhte, nicht zu bezweifeln. Bedenken konnten nur Bestehen, sofort auch Gesundheitsgefahren durch ausströmenden Rauch und Ruß festzustellen. Gegenüber dem durch mehrere Zeugen unterstützten klägerischen Vorbringen, andere nahe und entfernter gelegene Baulichkeiten bezw. gewerbliche Anlagen, darunter eine Zinkhütte, führten den Hausgrundstücken der Sch.- und V.-straße gleichfalls Rauch und Ruß zu, kam aber in Betracht, daß nach feststehender Rechtsprechung ein polizeiliches Einschreiten gegen jeden zulässig ist, der in erheblichem Maße an gesundheitsschädlichen Zuführungen teilnimmt. In dieser Beziehung waren aber die nach den dienstlichen Berichten vorhandenen Schmiedefeuer, die niedrigen Schornsteine des zum größeren Teile nur eingeschossigen Werkstattgebäudes, deren Ausströmungen bei nördlichen und östlichen Winden in die Gärten und Häuser der beiden Straßen getrieben werden, auch an windstillen Tagen leicht dorthin gelangen, zu beachten. Zur Minderung des Uebelstandes hielt nach den bei A. mitgeteilten Vorgängen der Kreisphysikus schon im Jahre 1899 die Erhöhung der Schornsteine für angezeigt. Wenn auf Grund neuerer Beobachtungen und der Aussagen von Anwohnern die Medizinalbeamten das Eindringen des Rauches und Russes der Schlosserei für geradezu gesundheitsschädigend erachtet haben, so konnte der Gerichtshof auch hierin ihren vom Vorderrichter gebilligten Gutachten beitreten. Daß die ortskundigen und mit den Verhältnissen des Industriegebiets vertrauten Sachverständigen den Rauch benachbarter Häuser und Anlagen nicht unbeachtet gelassen haben, war unbedenklich anzunehmen. Wenn in dem Urteile des Oberlandesgerichts der Baumbestand des H.schen Gartens als Schutz gegen das Eindringen von Rauch im Sommer bezeichnet worden ist, so trifft dies nicht zu anderer Jahreszeit und nicht für die übrigen Grundstücke der fraglichen Straßen zu. Endlich hat der Gerichtshof aus dem Inhalte der gesamten Akten auch nicht den Eindruck gewonnen, von der Beklagten seien bei den seit Jahren dauernden Streitigkeiten die gewerblichen Sonderinteressen des Klägers gegen die Interessen der Allgemeinheit und der Umwohner nicht sorgsam abgewogen worden. Nach einem Ausgleich ist wiederholt gesucht worden. Da Maßnahmen der in der Verfügung vom 2. Oktober 1911 genannten und schon früher angeregten Art vom Kläger nicht ergriffen worden sind, erschien die polizeiliche Auflage nach den um die Zeit ihres Erlasses obwaltenden Verhältnissen durchaus gerechtfertigt.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen

Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung in den Regierungsbezirken Hannover und Wiesbaden. Verordnungen des Königlichen Staatsministeriums vom 31. Oktober 1913

Mit Rücksicht auf das epidemische Auftreten der spinalen Kinderlähmung im Regierungsbezirk Hannover — Wiesbaden — werden auf Grund der Vorschriften in den §§ 5, 7 und 11 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905 (Gesetzsamml. S. 373) hiermit die in den §§ 1 bis 4 und 6 Abs. 1 des genannten Gesetzes enthaltenen Bestimmungen sowie die in dem § 8 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln für den Regierungsbezirk Hannover — Wiesbaden — auf die spinale Kinderlähmung für die Dauer von 6 Monaten ausgedehnt.

Die zur Annahme von Medizinalpraktikanten berechtigten ausländischen Krankenanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. Oktober 1913 — M. 20160 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Kandidat der Medizin N. in B. hat in einer an das Reichsamt des Innern gerichteten, hierher übermittelten Eingabe angefragt, welche ausländische Krankenanstalten für die Ableistung eines Teiles des Praktischen Jahres in

Frage kämen. Euere Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, ihn gefälligst zu benachrichtigen, daß solche Anstalten zur Zeit die deutschen Hospitäler in London und Konstantinopel, das Alexianer-Hospital für Männer in St. Petersburg, die deutsche Heilstätte in Davos (Schweiz) und die Diakonissenhospitäler in Alexandrien und Kairo (Aegypten) sind. Vor der Annahme einer Praktikantenstelle in einer dieser Anstalten ist, sofern der Praktikant die ärztliche Prüfung in Preußen bestanden hat, in jedem Falle die hiesige Genehmigung einzuholen.

Zuständigkeit der Ortspolizei für gesundheitspolizeiliche Anordnungen gegenüber Krankenanstalten. Runderlaß des Ministers des Innern vom 22. Oktober 1913 — M 7582 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Einzelfälle, die zu meiner Kenntnis gelangt sind, geben mir Veranlassung, darauf aufmerksam zu machen, daß das Recht, gesundheitspolizeiliche Anordnungen irgend welcher Art gegenüber Krankenanstalten zu treffen, grundsätzlich nicht der Landespolizei, sondern der Ortspolizei zusteht. Denn es gibt keine gesetzliche Bestimmung, die die Aufsicht über die Krankenanstalten der Landespolizei überwiese; auch § 2 Z. 3 der Regierungsinstruktion vom 23. Oktober 1817 enthält eine solche Ueberweisung nicht. Vielmehr grenzt der ganze § 2 a. a. O. lediglich die Befugnisse der damaligen Abteilung I gegenüber den übrigen Abteilungen der Regierung ab. Auch die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 30. September 1901 spricht ausdrücklich aus, daß der Regierungspräsident befugt sei, Anordnungen in der Aufsichtsinstanz, d. h. also in höherer Instanz, zu erlassen. Ebenso ist in Ziffer 60 der Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung vom 1. Mai 1904 (Min.-Bl. f. d. i. Verw. S. 201 ff.) die Beaufsichtigung der Privatkrankenanstalten, denen nach dieser Richtung die öffentlichen Krankenanstalten durchaus gleichstehen, der Ortspolizei übertragen. Für Polizeiverfügungen, die die Beseitigung gesundheitsschädlicher Mißstände in Krankenanstalten bezwecken, ist daher die Ortspolizeibehörde zuständig.

Die Bestimmungen über die Revision der Krankenanstalten, insbesondere § 6 des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899, § 100 der Dienstanweisung für Kreisärzte vom 1. September 1909 und die dort angezogenen Erlasse, sowie der Erlaß vom 22. Mai 1913 — M. 5669 — (Min.-Bl. f. d. Med.-Verw. S. 177) werden hierdurch nicht berührt.

Abgabe von Nährgelatine zu Wasseruntersuchungen. Schreiben der Königlichen Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem vom 29. Oktober 1913 — M 7803 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euere Hochwohlgeboren gestatte ich mir ganz ergebenst 10 Exemplare eines Aufsatzes über die „Herstellung und Abgabe von Nährgelatine zu Wasseruntersuchungen durch die Königl. Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem“ [1]) zu übersenden mit der Bitte, dieselben den nachgeordneten Sanitäts-

---

[1]) Der vom Prof. Dr. K. Schreiber, Mitglied der Landesanstalt, verfaßte Aufsatz hat folgenden Wortlaut:

„Die Feststellung der Keimzahl eines Wassers mit Hilfe von Nährgelatine, wie sie zuerst vom Reichsgesundheitsamte und der im Jahre 1892 im Deutschen Reiche gebildeten Cholera-Kommission zur Kontrolle von Sandfilterwerken empfohlen wurde, hat im Laufe der Jahre in der ganzen Welt Anerkennung gefunden. Die Anwendung dieser verhältnismäßig einfachen Untersuchungsmethode zur Prüfung von Trinkwasser auf seine Brauchbarkeit, zur Kontrolle von Wasserwerken und zur Feststellung des Reinheitsgrades von Wasserläufen ist fast unentbehrlich geworden. Es sind zwar mehrfach Versuche gemacht, anstelle der Nährgelatine andere Kulturmedien, wie z. B. den Nährböden von Hesse und Nieder, einzuführen, mit der Absicht, eine größere Anzahl von dem im Wasser vorhandenen Keimen zur Entwickelung und somit zur Zählung zu bringen, ohne daß aber diese Methoden allgemeine Verwendung gefunden hätten. Wenn auch der wissenschaftliche Wert dieser Nährböden nicht verkannt werden soll, muß doch hervorgehoben werden, welcher große Vorzug der üblichen Nährgelatine darin besteht, daß bei ihrer Verwendung im allgemeinen die harmlosen Bakterien, die sich mehr oder weniger in jedem

beamten und etwa sonst interessierten Stellen (Wasserwerken usw.) zur Kenntnis zu bringen und ihnen anheimzustellen, gegebenenfalls mit der Anstalt in der Angelegenheit unmittelbar in Beziehung zu treten.

Verwendung von Ameisensäure zu Speisezwecken. Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe und des Innern vom 7. November 1913 — M. f. H. IIb 9160, M. d. I. M 7347 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Von mehreren Firmen, die sich mit der Herstellung von Essigsäure zu Speisezwecken befassen, wurde darauf aufmerksam gemacht, daß seit einiger Zeit von der Drogerie zu St. Stephan (Szent István Drogeria és Laboratorium) in Budapest ein als „Acetan" bezeichnetes, im wesentlichen aus Ameisensäure bestehendes Erzeugnis angeboten wird, daß bestimmt ist, als Ersatz für Essigsäure (Essigessenz) bezw. für Essig zu dienen. In den Eingaben ist der Wunsch ausgesprochen worden, daß in gleicher Weise, wie dies in Oesterreich und in

Trinkwasser befinden, infolge der hohen Konzentration der Nährstoffe und der Alkalescenz der Nährmedien weniger schnell zur Entwicklung gelangen als die aus Abfallstoffen und besonders aus menschlichen und tierischen Abgängen stammenden Keime, die größere Ansprüche an den Nährgehalt stellen und einen alkalischen Nährboden bevorzugen. Entstammt ja doch der erste Gedanke, der s. Z. R. Koch zur Herstellung der Nährgelatine geführt hat, dem Bestreben, pathogene Keime auf dem Nährboden zur Entwickelung zu bringen. Die Zählung gerade von Keinem aus Abgängen ist aber für die Beurteilung der Reinheit eines Wassers von besonderem Wert. Die Versuchsbedingungen sind fernerhin auch häufig dadurch abgeändert worden, daß die Keime nicht nach 2, sondern nach 3, 5 und mehr Tagen gezählt wurden.

Es soll nicht bestritten werden, daß gewisse Abänderungen der vom Reichsgesundheitsamt angegebenen Methoden von Vorteil sein könnten, so die Bebrütung der Kulturplatten bei einer um 1—2° höheren Temperatur; im allgemeinen aber hat sich die Methode der Gelatinekultur ganz außerordentlich bewährt. Ueberdies würde eine Veränderung in den Untersuchungsbedingungen heute nur dann einen größeren Wert haben können, wenn sie durch internationale Abmachung allgemein eingefügt werden würden. Man würde anderenfalls keine vergleichbaren Resultate erhalten. Jede Veränderung der Methodik würde überdies die Fülle von Erfahrungen, welche man bisher bei der Feststellung der Keimzahl nach der üblichen Methode gewonnen hat, fast entwerten.

Ein dringendes Bedürfnis, die bisherige Untersuchungsmethode zu verändern, liegt nicht vor. Deshalb hat auch die frühere Königliche Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung, jetzige Königliche Landesanstalt für Wasserhygiene seit ihrem Bestehen daran festgehalten, daß die vom Reichsgesundheitsamt ausgearbeitete Methode streng innegehalten wird, sowohl was die Herstellung der Nährböden, als die Art der Aussaat, die Zeit und die Temperatur der Bebrütung und die Art der Auszählung der Keime betrifft. Nur ganz unwesentliche Aenderungen in der Herstellung des Nährbodens, die auf die Beschaffenheit des fertigen Präparates nicht von Einfluß sind, erschienen durch den geringeren Säuregehalt der jetzt im Handel erhältlichen Gelatine geboten.

Bisher wird die Nährgelatine zum größten Teil in den Laboratorien der einzelnen Anstalten hergestellt, in denen sie zur Verarbeitung gelangt. Bei dem großen Bedarf, den manche Laboratorien, wie z. B. bei großen Wasserwerken haben, ist diese Art der Herstellung auch im allgemeinen zweckmäßig und lohnend. Anders liegen die Verhaltnisse bei kleinen Wasserwerken, bei Kommunen, die Vorfluter oder Brunnen nicht durch Bakteriologen, sondern durch als Keimzähler vorgebildete Laboranten oder Apotheker und Chemiker in größeren Zeiträumen regelmäßig bakteriologisch untersuchen lassen, oder bei Kreisärzten und anderen Gutachtern, die hin und wieder Keimzählungen vornehmen mussen, aber keinen regelmäßigen Bedarf an Nährgelatine haben. Hier ist die Herstellung der Nährgelatine zeitraubend und verhältnismäßig teuer, ohne daß für ihre gleichmäßige gute Beschaffenheit Gewähr geleistet werden kann.

Ungarn bereits geschehen ist, auch im Deutschen Reiche der Vertrieb von Ameisensäure zu Speisezwecken verboten werden möchte.

Bevor wir in der Angelegenheit etwas Weiteres veranlassen, ersuchen wir ergebenst, die mit der Nahrungsmittelkontrolle betrauten Stellen gefälligst zu beauftragen, dem Inverkehrbringen von Ameisensäue zu Speisezwecken ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Ueber die hierbei gemachten Erfahrungen haben die Untersuchungsanstalten bei Gelegenheit ihres nächsten Jahresberichts zu berichten. Hierbei sind insbesondere folgende Feststellungen zu machen:

1. Wird Ameisensäure in konzentriertem oder verdünntem Zustande überhaupt für Speisezwecke im Verkehr angetroffen?

2. Falls dies der Fall ist, unter welcher Bezeichnnng wird die Ameisensäure angetroffen? Ist diese Bezeichnung als ausreichend oder irreführend anzusehen?

3. Wird Essig oder Essigsäure (auch Essigessenz) im Handel beobachtet, die Amsisensäure enthalten und mit Ameisensäure verfälscht sind?

Die Industrie befaßt sich im allgemeinen wenig mit der Herstellung von Nährmedien, weil nennenswerte Gewinne hierdurch nicht erzielt werden.

Aus den angeführten Gründen wäre es daher vorteilhaft, daß die Nährgelatine von einem fachmäßig geleiteten Laboratorium im großen hergestellt und in den Handel gebracht würde und zwar in einer gleichmäßigen, den Vorschriften entsprechenden Beschaffenheit.

Wir haben nämlich die Erfahrung gemacht, daß die Nährgelatine, welche für Keimzählungen verwendet wird, in dieser Beziehung häufig viel zu wünschen übrig läßt und je nach der Art der verwendeten Rohstoffe und der Herstellung nicht unerhebliche Verschiedenheiten aufweist. Die verwendete Speisegelatine gelangt in sehr verschiedener Qualität in den Handel, zeigt in ihrem Säuregehalt, der Löslichkeit, der Reinheit und damit dem Einflusse auf die Entwickelung der Bakterien und Pilze merkliche Unterschiede und bedingt somit eine Verschiedenartigkeit der damit hergestellten Nährgelatine. Anderseits werden die Vorschriften für die Bereitung der Nährgelatine nicht überall genau beobachtet. Besonders ist es uns aufgefallen, daß die Reaktion häufig nicht richtig eingestellt ist. Es sind uns mehrere Fälle bekannt geworden, wo die scheinbar günstigen Resultate, welche durch eine Wasserreinigungsmethode erzielt wurden, oder die angeblich sterile Beschaffenheit von untersuchtem Trinkwasser sich einfach daraus erklärten, daß die verwendete Nährgelatine nicht die vorgeschriebene Alkaleszenz besaß, sondern einen mehr oder weniger hohen Säuregehalt aufwies. Die Reaktion ist jedoch ebenso wie die Temperatur und die Zeit der Bebrütung sowie die Art der Zählung von großem Einfluß auf die Höhe der gefundenen Keimzahlen.

Es scheint uns ein Bedürfnis dafür vorhanden zu sein, daß die Nährgelatine zu einem verhältnismäßig geringen Preise in einer gleichmäßigen, den Vorschriften genau entsprechenden Beschaffenheit in den Handel gelangt. Die Anstalt hat daher in Erwägung gezogen, ob sie die Herstellung und die Abgabe von Nährgelatine in die Hand nehmen solle. Wir werden bei einer Anzahl von Wasserwerken und anderen Untersuchungsstellen, die Bedarf an Nährgelatine haben, anfragen, ob ein Bedürfnis für eine amtliche Herstellung und Abgabe besteht und wie groß der Bedarf jährlich etwa zu schätzen ist.

Falls diese Ermittelungen günstig ausfallen, würde die Kgl. Landesanstalt für Wasserhygiene vom 1. Januar 1914 ab Reagensgläschen mit Nährgelatine abgeben, die den Vorschriften des Reichsgesundheitsamtes genau entsprechen. Der Preis, dem wir lediglich die Selbstkosten zugrunde legen, würde sich zunächst anfangs für das Gläschen mit 10 ccm auf 18 Pfg. ausschließlich Porto und Verpackung stellen, bei steigendem Absatz jedoch voraussichtlich herabgesetzt werden können. Gegebenenfalls würden wir später auch den Vertrieb anderer vielgebrauchter Nährböden in die Hand nehmen.

Eine Bekanntgabe des vorstehenden Aufsatzes durch Abdruck in anderen Zeitschriften usw. würden wir im allgemeinen Interesse für zweckmäßig halten; ebenso würden uns bezügliche Meinungsäußerungen aus Interessentenkreisen erwünscht sein."

Wiederbelebungsversuche bei Unglücksfällen durch elektrischen Strom. Runderlaß des Ministers des Innern vom 5. November 1913 — M. 6315 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Berichterstattung auf meinen Erlaß vom 21. Dezember 1912 — M 8028 — hat das in Abschrift beigefügte Ergebnis gehabt.

Ich ersuche ergebenst, die Aerzte erneut darauf aufmerksam zu machen, daß bei Verunglückungen durch elektrischen Strom die künstliche Atmung sorgfältig und mindestens 2 Stunden lang fortgesetzt werden muß.

Es dürfte sich empfehlen, auch den Feuerwehrorganisationen eine diesbezügliche Weisung zugehen zu lassen.

Ergebnis.

Unglücksfälle mit tödlichem Ausgang haben sich wiederholt ereignet, jedoch wird in fast allen Berichten ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in solchen Fällen die Wiederbelebungsversuche entweder wegen zu starker Verbrennungen oder Verkohlung zwecklos erschienen, oder daß die Wiederbelebungsversuche trotz zwei- bis dreistündiger Fortsetzung erfolglos geblieben waren. Nur aus Arnsberg werden mehrere, aus Magdeburg und Erfurt je 1 Fall gemeldet, bei denen die Wiederbelebungsversuche erfolgreich waren, während in mehr als 25 Fällen der Erfolg trotz lange genug fortgesetzter Wiederbelebungsversuche ausblieb.

Klagen über vorzeitiges Abbrechen der Wiederbelebungsversuche wurden nur wenige laut. So wird aus 4 Regierungsbezirken berichtet, daß die zugezogenen Aerzte die Wiederbelebungsversuche unterlassen oder abgebrochen hätten, weil sie sich keinen Erfolg davon versprachen, und daß sie sich deshalb lediglich mit der Feststellung des Todes begnügten. Daß ein Arzt unter Berufung auf sein Verfügungsrecht die Wiederbelebungsversuche untersagt hätte, wurde überhaupt nicht bekannt.

In fast allen Berichten der Regierungspräsidenten wird darauf hingewiesen, daß in den elektrischen Betrieben für derartige Hilfeleistungen ein geschultes Personal vorhanden sei. — Aus den Berichten geht des weiteren hervor, daß die Kreisärzte auf den Erlaß vom 8. März 1912 wiederholt Gelegenheit genommen haben, Aerzte von Krankenkassen entsprechend zu belehren. — Gemäß Erlaß vom 12. August 1913 — M 2273 — wurden die Aerztekammern angewiesen, die Aerzte ihres Bezirks auf die Notwendigkeit der längeren Ausdehnung der Wiederbelebungsversuche bei den in Frage kommenden Unglücksfällen aufmerksam zu machen. — Auch wurden von den Kreisärzten gelegentlich der Aerzteversammlungen und Samariterkurse diesbezügliche Ausführungen gemacht.

Preisfestsetzung auf Grund des § 376 der Reichsversicherungsordnung für die von den Krankenkassen aus Apotheken bezogenen Arzneimittel. Runderlaß des Ministers des Innern vom 20. Oktober 1913 — M 7280 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei Ausführung des Runderlasses vom 5. Juni d. Js. — M. 5230 — sind zu den Apotheken, die den Krankenkassen einen Abschlag von 10 vom Hundert von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren haben und die an die festzusetzende Handverkaufsliste gebunden sein sollen, auch die ärztlichen Hausapotheken zu rechnen.

Preisfestsetzung auf Grund des § 376 der Reichsversicherungsordnung für die von den Krankenkassen aus Apotheken bezogenen Arzneimittel. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. Oktober 1913 — M. 7350 — an den Herrn Regierungspräsidenten in N.

Auf den gefälligen Bericht vom 16. September d. Js. erwidere ich Euerer Hochwohlgeboren ergebenst:

1. Der Preis eines nach der Handverkaufsliste zu liefernden Arzneimittels darf den in der Arzneitaxe dafür festgesetzten Preis abzüglich des Abschlags von 10 vom Hundert nicht übersteigen;
2. dasselbe gilt von dem Preise für die im Handverkauf abzugebenden Gefäße.
3. Eine Abrundung der Preise der Handverkaufsmittel ist ebenso vorzunehmen, wie bei den nach der Arzneitaxe berechneten Arzneien.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 24. 20. Dezember. 1913.

Rechtsprechung.

Kassenärztliche Vereine sind rechtsfähig. Beschluß des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 30. Oktober 1913.

. . . Das Reichsgericht erachtet die sofortigen Beschwerden mit dem Oberlandesgerichte Dresden für begründet.

Die beschwerdeführenden Vereine konnten nach § 21 des Bürgerlichen Gesetzbuches durch Eintragung in das Vereinsregister nur dann die Rechtsfähigkeit erlangen, wenn „ihr Zweck nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist“. Andernfalls blieb ihnen, da sonstige reichsgesetzliche Vorschriften nicht in Frage kommen, nur übrig, gemäß § 22 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Rechtsfähigkeit durch staatliche Verleihung nachzusuchen. Will man prüfen, ob der Zweck eines Vereins auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist oder nicht, mit anderen Worten: ob der Zweck eines Vereins darauf gerichtet ist, ein Geschäft — nicht einzelne Geschäfte — wirtschaftlicher Art zu betreiben oder nicht, so hat von vornherein der sogen. innere Geschäftsbetrieb auszuscheiden, den kein Verein, gleichviel welche Zwecke er verfolgt, entbehren kann, wenn er bestehen und wirken will. Hierher gehören die laufenden Geschäfte der Leitung des Vereins durch die Vereinsorgane, ihr Verkehr mit den Mitgliedern, die Beschaffung der Vereinsmittel, die Ausübung der Mitgliedschaftsrechte und die Erfüllung der Mitgliedschaftspflichten durch die Vereinsmitglieder. Es kommt vielmehr nur darauf an, ob sich die nach außen gerichtete Tätigkeit des Vereins im Verkehr mit Dritten als Geschäftsbetrieb kennzeichnet. Es ist zuzugeben, daß dies in manchen Beziehungen auch auf die beschwerdeführenden Vereine zutrifft. Gegenstand und Hauptzweck der Vereinsunternehmung ist nach den oben wiedergegebenen Satzungen die Vermittelung einer geregelten, angemessen entlohnten ärztlichen Berufsausübung im Dienste der Krankenkassen und anderer ähnlicher Verbände zugunsten der Vereinsmitglieder, also eine Tätigkeit, die auch sonst auf den verschiedensten Gebieten des gewerblichen Lebens als Geschäft (Stellenvermittlungsgeschäfte u. dergl.), und zwar als Geschäft wirtschaftlicher Art betrieben wird. Man kann auch, wie das Kammergericht zutreffend hervorhebt, nicht sagen, daß von einem derartigen Geschäftsbetrieb nur bei eigentlichen kaufmännischen, gewerblichen oder landwirtschaftlichen Unternehmungen gesprochen werden dürfe. Die moderne Entwickelung hat es vielmehr mit sich gebracht, daß auch die sogen. liberalen Berufe zu Erwerbszwecken ausgeübt werden, und niemand nimmt daran Anstoß, wenn sich ihre Träger zur Förderung dieser Zwecke die heutigen Errungenschaften des Verkehrs- und Wirtschaftslebens in einer mit der Würde und dem Ansehen dieser Berufe zu vereinbarenden Weise zunutze machen. Hierzu ist gerade die Vereinsbildung besonders geeignet, und der Gesetzgeber selbst hat durch § 22 des Bürgerlichen Gesetzbuches das Bedürfnis anerkannt „in Ermangelung besonderer reichsgesetzlicher Vorschriften“ auch solchen korporativen Unternehmungen, die Rechtsfähigkeit zu verschaffen, denen mit Rücksicht auf die besonderen von ihnen verfolgten Zwecke die zahlreichen Gesellschaftsformen verschlossen sind, die das Reichsrecht kaufmännischen, gewerblichen und landwirtschaftlichen Unternehmungen zur Verfügung stellt. Wäre ferner die Vermittlungstätigkeit der beschwerdeführenden Vereine sonst als Geschäftsbetrieb aufzufassen, so würde sie dieses Charakters auch dadurch nicht entkleidet werden, daß die Vereine sich selbst den Abschluß der vermittelten Verträge vorbehalten, sei es, daß sie hierbei im eigenen Namen, oder daß sie

als Stellvertreter ihrer Mitglieder handeln, daß sie die eigene Vertragsfreiheit ihrer Mitglieder nahezu ganz ausschalten und daß sie sich für Durchführung der Verträge die weitgehendste Einwirkung auf die Mitglieder sichern. Endlich fehlt es auch nicht an anderen Merkmalen, die schon der gewöhnliche Sprachgebrauch mit dem Begriffe des Betriebs eines Geschäfts verbindet. Insbesondere ist die Tätigkeit der Vereine augenscheinlich als dauernde und sich regelmäßig wiederholende gedacht, sie ist planmäßig organisiert und wird nach bestimmten Grundsätzen von einem eigens dazu bestelltun Geschäftsausschusse geleitet.

Allein es fehlt im Streitfall an einem anderen wichtigen Begriffsmerkmal, ohne dessen Vorhandensein von dem Betriebe eines Geschäfts, sei es durch eine Privatperson oder durch ein korporatives Unternehmen nicht gesprochen werden kann. Die gewöhnliche Vorstellung verbindet hiermit den Begriff einer gewinnbringenden, mindestens einer auf den Erwerb von wirtschaftlichen Vorteilen irgendwelcher Art gerichteten Geschäftstätigkeit. Die große Maße der gewerblichen Geschäftsbetriebe geht in der Form des Austausches von wirtschaftlichen Gütern gegen Güter, oder von Gütern gegen Arbeitsleistungen vor sich. In welcher Weise der Geschäftstreibende demnächst die so erworbenen Güter verwendet, ist selbstverständlich gleichgültig. Auch das kann nicht entscheidend sein, ob er mit dem Geschäftsbetrieb einen Gewinn bezweckt, da es auch verlustbringende und dennoch aufrecht erhaltene Betriebe gibt. Unmöglich kann aber von einem Geschäftsbetriebe gesprochen werden, wenn bei dem Betrieb eines Unternehmens von vornherein jedes Entgelt für die im Zwecke des Unternehmens liegende Güterentäußerung oder entfaltete Arbeitstätigkeit ausgeschlossen ist. Dabei mag es, wenn es sich um ein Vereinsunternehmen handelt, keinen Unterschied machen, ob jenes Entgelt dem Vereine selbst oder unmittelbar den Vereinsmitgliedern zufließt. Keinesfalls darf es ganz an einem Entgelte fehlen.

Im Streitfalle haben die Vereine selbst ausweislich der Satzungen für ihre Vermittler und Kontrolltätigkeit überhaupt nichts, weder von den Krankenkassen usw. noch von ihren Mitgliedern zu beanspruchen. Daß sie von den eingezogenen Honoraren die Verwaltungskosten kürzen dürfen (Zwickau-Stadt § 18, 6), ist keine Vergütung ihrer Leistungen. Den Mitgliedern erwächst zwar als Erfolg oder Ergebnis der Vereinstätigkeit die Möglichkeit, bei den im Vereinsgebiete bestehenden Krankenkassen als Kassenärzte tätig zu sein, und gerade den hierin liegenden wirtschaftlichen Vorteil ihren Mitgliedern zu verschaffen, ist der ausgesprochene Zweck der Vereine. Allein jener Erfolg, die Zulassung zur kassenärztlichen Praxis, wird den Mitgliedern nicht als Entgelt oder als Gegenleistung für die Vermittlertätigkeit des Vereins zuteil, sondern auf Grund einer vertraglichen Bindung, zu der sich die Kassen, veranlaßt durch die vermittelnde Tätigkeit der Vereine, aus eigener Entschließung verstanden haben. Mag deshalb auch die Zulassung zur Kassenpraxis in einem gewissen ursächlichen Zusammenhange zu der satzungsgemäßen Tätigkeit der Aerztevereine stehen, so kann doch nicht gesagt werden, daß damit ein eigentliches Entgelt für eben diese Tätigkeit, noch weniger ein daraus sich ergebender Erwerb oder Gewinn, sei es den Vereinen selbst, sei es unmittelbar ihren Mitgliedern, zuflösse. So wenig deshalb bei einem privaten Stellenvermittler von einem eigentlichen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebe gesprochen werden könnte, wenn er sich damit begnügen wollte, nur Dienstverträge zustande zu bringen, ohne darüber hinaus. sei es für sich oder andere, eine Vergütung auszubedingen. ebensowenig betreibt ein Verein ein wirtschaftliches Geschäft, der seiner Zweckbestimmung gemäß nach solchen Grundsätzen verfährt und der, um den unvermeidlichen mit seiner Tätigkeit verbundenen Geldaufwand bestreiten zu können, lediglich auf die Beträge seiner Mitglieder angewiesen ist.

Es kann sich also bei derartigen Vereinsunternehmungen immer nur um sogen. ideale Zwecke oder, wie sich noch § 21 des dem Reichstag vorgelegten Entwurfs zum Bürgerlichen Gesetzbuch ausdrückte, um „Vereine zu gemeinnützigen, wohltätigen, geselligen, wissenschaftlichen, künstlerischen oder anderen nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichteten Zwecken“ handeln. Daß die Reichtagskommission, indem sie die einzelnen Gruppenbezeichnungen des Entwurfsparagraphen strich, sachlich nichts ändern wollte, ergibt der Kommissonsbericht (Guttenbergische Ausgabe S. 13/351). Es ist bezeichnend, daß bereits in der zweiten Kommission bei dem ersten Auftauchen der jetzt §§ 21, 22 des Gesetzes durchgeführten Unterscheidung die eintrags-

fähigen Vereine als solche Vereine bezeichnet wurden, deren Zweck, „im Gegensatze zu den Erwerbsvereinen nicht in einem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb besteht“ (Protokolle Bd. 1 S. 482) und daß im Laufe der Beratungen immer nur kurzer Hand zwischen Erwerbsvereinen und den auf ideale Zwecke gerichteten Vereinen unterschieden wurde (Protokolle (Bd. 1 S. 495 bis 497, 499, 502/503). Im allgemeinen kam die Auffassung zur Geltung: Für die sogenannten Ideal-Vereine genüge der Erlaß einer Normativbestimmung, von deren Erfüllung die Zulassung zur Eintragung in das Register und damit die Erlangung der Rechtsfähigkeit abhängig zu machen sei, weil sich für solche Vereine der Natur der Sache nach wenig Gelegenheit zur Betätigung im Rechtsverkehr biete. Das Umgekehrte gelte von den Erwerbsvereinen. Wollten sie sich nicht einer der von der Reichsgesetzgebung hierfür zur Verfügung gestellten Formen anbequemen, so sei es im Interesse des Rechtsverkehrs und zum Schutze der hieraus gegen solche Vereine entstehenden Gläubigerrechte geboten, die Bewilligung der Rechtsfähigkeit von einer vorausgegangenen staatlichen Prüfung der Satzung abhängig zu machen. Auch diese gesetzgeberischen Erwägungen müssen dazu führen, die beschwerdeführenden Vereine den ideale Zwecke verfolgenden Vereinen zuzuzählen, und zu verneinen, daß ihr Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist. Daß sie darauf ausgehen, gerade die wirtschaftliche Lage ihrer Mitglieder auf einem wichtigen Gebiete der Berufsbetätigung, der Krankenkassenpraxis, zu heben und zu stärken, schließt die ideale Seite ihrer Bestrebugen keineswegs aus. Eine wirksame Selbsthilfe ist ohne Betätigung altruistischer Empfindungen, Selbstverleugnung, opferwilliges Eintreten für die wirtschaftlich Schwachen und Hingebung an die höheren Aufgaben des Berufs nicht denkbar. So verstanden dienen auch die modernen Assoziationsformen sittlich wertvollen Zielen. Ist dies aber, wie auch im Streitfall nicht wohl bezweifelt werden kann, der Hauptzweck der Vereine, so würde ihrer Eintragungsfähigkeit auch dann nichts im Wege stehen, wenn sie zur Erreichung dieses ihres Hauptzweckes und ihm untergeordnet zugleich einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unternehmen sollten. Auch dies trifft jedoch im Streitfall nicht zu, weil es, wie gezeigt wurde, an einem wesentlichen Merkmale des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs, nämlich an der Endgeltlichkeit der Vereinsleistungen, gebricht.

Den enthobenen sofortigen Beschwerden war demnach stattzugeben.

Gebührenanspruch des Arztes bei Vornahme weitergehender Operationen ohne ausdrückliche Zustimmung des Kranken und ohne ihm vor der Operation in vollem Umfange Aufklärung gegeben zu haben. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 21. November 1913.

In der Beilage Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Nr. 12 d. Js. (S. 142) ist ein Urteil des Oberlandesgerichts zu Hamburg vom 27. März 1913 mitgeteilt, in dem der gegen einen Arzt erhobene Anspruch auf Schadenersatz wegen Todes seiner Ehefrau infolge einer ohne deren Erlaubnis vorgenommenen weitergehenden Operation als unbegründet verworfen und anderseits der Anspruch des Arztes auf Honorar für diese Operation als begründet erkannt wurde. Die gegen dieses Urteil erhobene Revision ist jetzt vom Reichsgericht als unbegründet verworfen.

Fälschung eines Rezeptes ist als Urkundenfälschung anzusehen. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 3. November 1913.

Der Angeklagte E. hatte in der Apotheke N. die Anfertigung eines ärztlichen Rezeptes verlangt, das mit dem Namen des praktischen Arztes Dr. S. unterzeichnet war und auf dem Sadebaum-Tee verordnet war. Der Apotheker vermutete eine Fälschung von Rezepten, da er annahm, daß ein derartiger, als Abtreibungsmittel dienender Tee von einem Arzte wohl kaum einer Privatperson verordnet würde. Er händigte deshalb dem Angeklagten den Tee nicht aus, sondern brachte die Sache zur Anzeige. Die darauf veranlaßte Untersuchung ergab eine Fälschung der Namensunterschrift und führte zur Verur-

teilung des Angeklagten wegen Urkundenfälschung. Das Landgericht zu H. nahm in seinem Urteil vom 21. Mai 1913 an, daß ein von einem Arzte unterzeichnetes ärztliches Rezept eine zum Beweise von Rechte und Rechtsverhältnisse beweiserhebliche Privaturkunde sei und daß sich der Angeklagte dadurch, daß er unter einem solchen Rezepte willkürlich den Namen eines Arztes gesetzt habe, sich eine Urkundenfälschung durch dessen Vorlegung in der Apotheke einer Täuschung schuldig gemacht habe. Das Reichsgericht bestätigte in der Revisionsinstanz dieses Urteil und wies gleichzeitig den Einwand des Verurteilten, er habe das Mittel nicht zu unerlaubten Zwecken benutzen wollen und deshalb auch das Rezept nicht in rechtswidriger Absicht gefälscht, als für das Urteil nicht ins Gewicht fallend zurück, da die gerichtsseitig gemachten Feststellungen ausreichten, um eine Verurteilung wegen Urkundenfälschung zu rechtfertigen.

Ausübung der Heilkunde durch Behandlung Stotternder. Urteil des Königlichen Kammergerichts (Ferien-Strafsenats) vom 21. Juli 1913.

Der Angeklagte ist zu einer Geldstrafe von drei Mark, im Unvermögensfalle zu einem Tage Haft auf Grund der §§ 1, 5 der Verordnung des Regierungspräsidenten zu D. vom 15. Dezember 1892 (Amtsbl. S. 576) verurteilt, weil er zu D. die Heilkunde ausgeübt habe, ohne sich bei dem dort zuständigen Kreisarzte ordnungsmäßig angemeldet zu haben.

Das Berufungsgericht sieht die Tätigkeit des Angeklagten, der Personen, die trotz gesunder Sprechorgane stottern, durch Maßnahmen erzieherischer Art und solche der Anleitung, des Beispiels oder der Uebung von diesem Fehler zu befreien sucht, als eine Ausübung der Heilkunde an, weil es sich um die Beseitigung einer Störung körperlicher Funktionen handle, nicht aber bloß einer Angewohnheit, von der man sich allein durch Willenskraft befreien könne.

Diese Feststellung ist nicht durch Rechtsirrtum beeinflußt. Die Heilkunde bezweckt die Beseitigung von Störungen körperlicher Funktionen des Menschen, mögen die Störungen auf krankhafter Veranlagung, auf ungenügender Entwicklung oder erworbener Krankheit beruhen.

Als eine köperliche Funktion ist nach der Feststellung der Strafkammer auch die Sprache des Menschen anzusehen, deren fehlerfreie Ausübung von der richtigen Beschaffenheit und Ausbildung nicht bloß der eigentlichen Sprechorgane, sondern auch der sie in Bewegung setzenden Organe abhängt. Das unfreiwillige Stottern der Menschen mit gesunden Sprechorganen beruht nach dieser Feststellung auf einer Unfähigkeit der diese Organe in Bewegung setzenden körperlichen Funktionen; die Beseitigung dieses Mangels ist eine Aufgabe der Heilkunde. In diesen Feststellungen ist ein Rechtsirrtum nicht erkennbar.

Als Ausübung der Heilkunde ist eine auf die Zwecke der Heilkunde gerichtete fortgesetzte Tätigkeit anzusehen, ohne daß es auf die Art der dazu angewandten Mittel oder auf die Vorbildung des Ausübenden ankommt. Namentlich ist auch eine Tätigkeit, die bei Gesunden zum Zwecke der Uebung des Körpers angewendet wird, dann als Ausübung der Heilkunde anzusehen, wenn sie bei Kranken zum Zwecke der Heilung vorgenommen wird.

Es ist deshalb auf Zurückweisung der Revision und nach § 505 Str.P.O. zu erkennen.

Ungültigkeit einer in Preußen erschienenen, die Ankündigung von Arzneimitteln, deren Verkauf gesetzlich beschränkt ist, allgemein verbietenden Polizeiverordnung. Entscheidung des Königlichen Kammergerichts (1. Str.-S.) vom 13. Oktober 1913.[1])

Der Senat hat diesen Fall[2]) für geeignet erachtet, die Frage der Gültigkeit der gegen die Ankündigung von Monopolmitteln gerichteten Polizei-

---

[1]) Das Urteil ist zwar bereits in der Beilage Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Nr. 22 kurz mitgeteilt; bei seiner Wichtigkeit erscheint aber die Wiedergabe seines jetzt vorliegenden Wortlautes angezeigt.

[2]) Ankündigung von dem freien Verkehr entzogenen Arzneimittel wie Chloraethyl, Novokain usw.

verordnungen nochmals zu prüfen. Er ist danach der Ansicht des Verteidigers, daß diese Ankündigungsverbote gegen Reichsrecht verstoßen, nicht beigetreten. Sie verletzen zunächst — wie mit der großen Mehrzahl der deutschen Oberlandesgerichte anzunehmen ist — nicht das Reichspreßgesetz, weil sie sich nicht gegen die Presse als solche richten, sondern jede öffentliche Ankündigung, also z. B. auch solche durch Ausrufen oder öffentliches Auslegen handschriftlicher Anpreisungen verbieten. Die Verbote verstoßen auch nicht gegen die Gewerbeordnung; denn diese regelt die Frage der Ankündigung von Arzneimitteln überhaupt nicht. Der § 6 Abs. 2 und die auf Grund dieser Ermächtigung erlassenen Kaiserlichen Verordnungen grenzen nur die Berechtigung der Apotheken zum Arzneimittelvertrieb gegen diejenige der übrigen Arzneimittelhändler ab, enthalten aber keine Vorschrift über den Inhalt und die Tragweite dieser Verkaufsberechtigungen; insbesondere nichts darüber, ob in der Befugnis zum Verkauf auch die Berechtigung zur Ankündigung enthalten sein soll. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 aber findet die Reics-Gewerbeordnung auf den Verkauf von Arzneimitteln nur insoweit Anwendung, als sie darüber ausdrückliche Bestimmungen enthält. Da dies bezüglich des Inhalts der Verkaufsbefugnis nicht der Fall ist, so greift hier das Landesrecht Platz. In dieser Beziehung kommen für Preußen die §§ 6a und f und 12 des Verwaltungsgesetzes vom 11. März 1850, wonach zu den Gegenständen des orts- und landespolizeilichen Verordnungsrechts der Schutz der Personen und des Eigentums und die Sorge für Leben und Gesundheit gehört, in Verbindung mit § 10 II 17 A.L.R. in Frage.

Zunächst muß § 6a, soweit er den Schutz des Eigentums betrifft, hier ausscheiden. Denn wollte man selbst hier unter den Begriff „Eigentum" das Vermögen mit begreifen und den Polizeibehörden die Befugnis zuerkennen, etwa zum Schutze des Vermögens gegen Benachteiligung durch Ankauf möglicherweise schwindelhafter Mittel, Vorschriften zu erlassen, so müßte sie auch das Recht haben, jede Art möglicherweise schwindelhafter Ankündigungen von Waren zu verbieten, was ausgeschlossen erscheint. Aus diesem Grunde kann namentlich auch das Ankündigungsverbot, soweit es sich auch auf Tierheilmittel bezieht, im Gegensatz zu der bisherigen Rechtsprechung des Senats (Urt. vom 19. Okt. 1911) nicht für rechtsgültig erachtet werden.

§ 6a kommt also hier nur insofern in Frage, als er den „Schutz der Personen" betrifft; dieser Gesichtspunkt deckt sich hier mit § 6f „Sorge für Leben und Gesundheit". Das Kammergericht hat bisher diese Bestimmung in Verbindung mit § 10 II 17 A.L.R. hier aus folgenden Gründen für anwendbar erachtet. Wenn Arzneimittel öffentlich angekündigt werden, so bestehe die Gefahr, daß das Publikum, durch die Ankündigung verleitet, die Mittel kauft und verwendet und dadurch entweder unmittelbar geschädigt wird oder den richtigen Zeitpunkt zur Befragung eines Arztes versäumt. Bei nochmaliger Prufung hat der Senat diese Ansicht nicht aufrecht erhalten können.

Es handelt sich hier um Verordnungen, welche die Ausübung des Gewerbebetriebes in außerordentlich weitgehendem Maße beschränken. Dem Apotheker wird die Ankündigung des größten Teils seiner Waren und zwar gerade derjenigen, zu deren Verkauf er ausschließlich berechtigt ist, untersagt, nicht nur die Anzeige in der Zeitung, sondern auch die durch Plakate in seinem Schaufenster oder Laden. Den Herstellern neuer Monopolmittel, insbesondere der pharmazeutischen Großindustrie wird verboten, dem Publikum mitzuteilen, daß ein neues Mittel in Apotheken zu haben ist, während doch das Publikum berechtigt ist, dieses Mittel — sofern es nicht unter Rezepturzwang steht — jederzeit in der Apotheke zu kaufen. Diese Industrie wird dadurch in hohem Maße geschädigt, das Aufkommen neuer nützlicher Mittel erschwert. Nicht nur die Ankündigung im Anzeigenteil ist untersagt, sondern auch die empfehlende Besprechung im redaktionellen Teil, mindestens der Tageszeitungen, ob auch der Fachzeitschriften, kann hier dahingestellt bleiben.

Dazu kommt, daß die Abgrenzung der verbotenen von den erlaubten Ankündigungen hier nicht gemäß den oben erwähnten Gesichtspunkten getroffen ist, welche nach der bisherigen Rechtsprechung die Vorschrift rechtfertigen. Denn es wird auch die Anzeige der harmlosesten Mittel gegen geringe krankhafte Störungen verboten, sofern diese Mittel unter Verzeichnis A zur Kaiserlichen Verordnung von 1901 fallen; dagegen wird die Ankündigung auch bedenklicher und unter Umständen gefährlicher Mittel erlaubt, sofern diese durch

eine freigegebene Zubereitungsweise, z. B. einem chemischen Prozeß oder Destillation, oder in einer nicht vorbehaltenen Form, z. B. als Bonbons, hergestellt sind.

Diese Gesichtspunkte können allerdings nach § 17 des Polizeiverwaltungsgesetzes für sich allein betrachtet, nicht dazu führen, die Vorschriften für ungültig zu erklären, sie geben aber Veranlassung, besonders eingehend die Frage zu prüfen, ob die Möglichkeiten, welchen jene Verordnungen vorbeugen sollen, wirklich eine Gefahr im Sinne des § 10 II 17 A.L.R. darstellen. Gefahr in diesem Sinne ist die nahe auf Tatsachen beruhende Wahrscheinlichkeit einer Schädigung. Nun ist anzuerkennen, daß in vereinzelten Fällen eine Schädigung der Gesundheit der Käufer durch derartige Anzeigen verursacht werden kann. Der Senat ist aber bei nochmaliger Prüfung, bei der die Lage der zahlreichen, in den letzten Jahren abgeurteilten Fälle berücksichtigt worden ist, zu der Ueberzeugung gelangt, daß hier bei diesen Ankündigungen von einer Gefahr im allgemeinen nicht gesprochen werden kann; nur eine solche aber könnte ein allgemeines Verbot dieser Anzeigen rechtfertigen. In den weitaus meisten Fällen werden harmlose Mittel gegen harmlose Affektionen angekündigt, die nur in einer Minderzahl von Fällen Symptome schwerer Erkrankungen sind, gegen Kopf- und Magenschmerzen, Husten, Heiserkeit und Schnupfen, Durchfall oder Verstopfung; ferner Pflaster und Salben gegen Verletzungen und leichte Hautaffektionen. In allen diesen Fällen kann eine Gefahr der erwähnten Art durch die Anzeigen schon deshalb nicht in Frage kommen, weil das Publikum, auch wenn es solche Ankündigungen nicht liest, bei derartigen Affektionen Aerzte nicht zuzuziehen pflegt. — Diese Ausführungen stehen der Annahme einer Gefahr bei Ankündigungen bestimmter Art, insbesondere bei reklamehaften Anpreisungen von Heilmitteln gegen Krankheiten und bei Ankündigung von schädlichen Mitteln (vgl. Pol.V. des Polizeipräsidenten von Berlin vom 21. August 1903, Amtsbl. Potsdam S. 403) sowie bei bestimmten bedenklichen Arzneien (vgl. die auf Grund der Min.-Erlasse vom 27. August, 9. und 11. September 1907 ergangene Polizeiverordnung desselben Polizeipräsidenten vom 14. November 1907, Amtsbl. Potsdam S. 531) nicht entgegen. Ebenso würden Vorschriften, welche etwa die Ankündigung der dem Rezepturzwang unterliegenden Mittel oder eine Anzeige von Heilmitteln gegen bestimmte, besonders gefährliche Krankheiten, z. B. Tuberkulose, Krebs, Geschlechtskrankheiten, verbieten, sich innerhalb der Grenzen des § 10 II 17 A.L.R. halten. Ein allgemeines Verbot der Ankündigung von Monopolmitteln aber ist ungültig. Es soll noch darauf hingewiesen werden, daß ein solches Verbot nur in einem Teil der preußischen Regierungsbezirke besteht und seitens des zuständigen preußischen Ministeriums, welches in einer Reihe von Erlassen die Untersagung der Ankündigung von Geheimmitteln, von Reklame- und Listenmitteln angeregt hat, niemals empfohlen ist und in den 1910 dem Reichstage vorgelegten Entwurf gegen Mißstände im Heilgewerbe nicht enthalten war.

Die Polizeiverordnung des Polizeipräsidenden zu Berlin vom 1. August 1912 ist daher ungültig.

Polizeiverordnungen, in denen eine reklameartige Anpreisung von Heilmitteln unter Beilegung einer über ihren wahren Wert hinausgehenden Wirkung[1] **erfolgt, sind rechtsgültig; sie finden auch auf die Redakteure der Zeitungen, in denen die Anpreisung erfolgt, Anwendung.** Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 1. Dezember 1913.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Hausarbeit in der Tabakindustrie. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913.

Auf Grund des § 10 des Hausarbeitgesetzes vom 20. Dezember 1911 (Reichsgesetzbl. S. 976) hat der Bundesrat über die Herstellung und das Sor-

---

[1]) Angekündigt war Piapao Pads von Dr. Stuart Plaster, Pad Co. in London, weich wie Samt, für Bruchleidende, bei dessen Anwendung angeblich das Tragen von Bruchbänder nicht mehr nötig sei.

tieren von Zigarren und über das Abrippen von Tabak in der Hausarbeit folgendes bestimmt:

I. Einleitende Bestimmungen.

§ 1. Die nachstehenden Bestimmungen finden Anwendung auf Werkstätten, in denen zur Herstellung von Zigarren erforderliche Verrichtungen vorgenommen oder Zigarren sortiert werden oder Tabak abgerippt wird, wenn in ihnen

1) jemand ausschließlich zu seiner Familie gehörige Personen mit solchen Arbeiten beschäftigt, oder
2) eine oder mehrere Personen solche Arbeiten verrichten, ohne von einem den Werkstattbetrieb leitenden Arbeitgeber beschäftigt zu sein.

§ 2. Als Werkstätten im Sinne dieser Bestimmungen gelten neben den Werkstätten im Sinne des § 105 b Abs. 1 der Gewerbeordnung Räume, die zum Schlafen, Wohnen oder Kochen dienen, wenn die im § 1 bezeichneten Arbeiten darin verrichtet werden, sowie im Freien gelegene gewerbliche Arbeitstellen.

II. Arbeitsräume.

§ 3. Das Abrippen von Tabak, das Wickeln, Rollen oder Sortieren von Zigarren darf, soweit es nicht im Freien geschieht, nur in solchen Räumen vorgenommen werden, welche folgenden Anforderungen entsprechen:

1) die Räume dürfen mit ihrem Fußboden höchstens ein halbes Meter unter dem ihn umgebenden Erdboden liegen und müssen, wenn sie unmittelbar unter dem Dache liegen, verputzt oder verschalt sein;
2) sie müssen mindestens zwei nnd ein halbes Meter hoch sein;
3) sie müssen feste und dichte Fußböden haben;
4) sie müssen mit unmittelbar ins Freie führenden Fenstern versehen sein, welche nach Zahl und Größe genügen, um für alle Teile der Räume Luft Licht in ausreichendem Maße zu gewähren; die Fenster müssen so eingerichtet sein, daß sie wenigstens für die Hälfte ihres Flächenraums geöffnet werden können;
5) in den Räumen müssen auf jede Person, die mit dem Abrippen von Tabak, dem Wickeln, Rollen oder Sortieren von Zigarren beschäftigt ist, berechnet nach der Zahl der in dieser Weise beschäftigten Personen, mindestens zehn Kubikmeter Luftraum entfallen. Solche Räume, welche ausschließlich als Arbeitsräume benutzt werden, brauchen nur sieben Kubikmeter Luftraum auf die Person darzubieten.

§ 4. In Schlafräumen dürfen zur Herstellung von Zigarren erforderliche Verrichtungen sowie das Abrippen von Tabak nicht vorgenommen und Zigarren nicht sortiert werden. Auch dürfen daselbst Tabak, Halbfabrikate oder angefertigte Zigarren nicht gelagert werden.

§ 5. In Wohnräumen, Küchen und in solchen Arbeitsräumen, in welchen das Abrippen von Tabak, das Wickeln, Rollen oder Sortieren von Zigarren vorgenommen wird, darf Tabak nicht anders als in angefeuchtetem Zustand gemischt und nur dann getrocknet werden, wenn durch geeignete Einrichtungen ausreichende Fürsorge gegen hiervon drohende Gesundheitsschädigungen getroffen ist.

Tabak oder Halbfabrikate dürfen in diesen Räumen nur in der durchschnittlich für eine Tagesarbeit und, bei Aufbewahrung in dicht geschlossenen Behältnissen, nur in der durchschnittlich für eine Wochenarbeit erforderlichen Menge gelagert werden. Auch dürfen daselbst nicht mehr Zigarren gelagert werden, als durchschnittlich an einem Tage und, bei Aufbewahrung in dicht geschlossenen Behältnissen, als durchschnittlich in einer Woche angefertigt werden.

III. Beschäftigung von Kindern und jungen Leuten.

§ 6. Für die Beschäftigung von Kindern im Sinne des Gesetzes, betreffend Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben, vom 30. März 1903 (Reichs-Gesetzbl. S. 113) gelten die Bestimmungen jenes Gesetzes mit folgenden Maßgaben:

1) eigene Kinder dürfen mit den im § 1 bezeichneten Arbeiten erst nach Vollendung des zwölften Lebensjahrs und für Dritte überhaupt nicht beschäftigt werden;
2) zur Familie gehörige fremde Kinder dürfen mit jenen Arbeiten überhaupt nicht beschäftigt werden.

In der im § 1 Nr. 2 bezeichneten Weise dürfen Kinder im Sinne des im Abs. 1 erwähnten Gesetzes nicht tätig sein.

§ 7. Kinder über dreizehn Jahre, welche nicht mehr zum Besuche der Volkschule verpflichtet sind, sowie junge Leute zwischen vierzehn und sechzehn Jahren dürfen bei den im § 1 bezeichneten Arbeiten nicht in der Zeit zwischen acht Uhr abends und acht Uhr morgens tätig sein. Um Mittag muß die Tätigkeit durch eine mindestens zweistündige Pause unterbrochen werden. Die Landeszentralbehörde oder die höhere Verwaltungsbehörde kann anordnen, daß der zwölfstündige Zeitraum, innerhalb dessen die Tätigkeit der nicht mehr schulpflichtigen Kinder und der jungen Leute hiernach zulässig ist, zu einer früheren Stunde, jedoch nicht vor sechs Uhr morgens, beginnen darf. An Sonn- und Festtagen sowie während der von dem ordentlichen Seelsorger für den Katechumenen-, Konfirmanden-, Beicht- und Kommunionunterricht bestimmten Stunden dürfen die Kinder und jungen Leute nicht tätig sein.

IV. Regelung des Betriebs.

§ 8. Personen, die mit einer ekelerregenden Krankheit behaftet sind, dürfen bei den im § 1 bezeichneten Arbeiten nicht tätig sein.

§ 9. Es ist verboten, Zigarren mit dem Munde zu bearbeiten oder Zigarrenmesser oder Tüllen mit Speichel zu befeuchten.

§ 10. Personen, die bei den im § 1 bezeichneten Arbeiten tätig sind, ist es verboten, in den Werkstätten auf den Fußboden auszuspucken.

V. Ausnahmen.

§ 11. Die höheren Verwaltungsbehörden können für ihren Bezirk oder einzelne Teile ihres Bezirks Ausnahmen von der Bestimmung in § 3 Nr. 2 zulassen, wenn diese Bestimmung nach der Beschaffenheit der vorhandenen Gebäude ohne unverhältnismäßige Härten nicht durchführbar sein würde.

§ 12. Die höheren Verwaltungsbehörden können auf Antrag Ausnahmen von den Bestimmungen im § 3 Nr. 2, 5 zulassen, wenn die Räume mit einer wirksamen Einrichtung zur Herbeiführung eines ausreichenden Luftwechsels versehen sind. Auch können Ausnahmen von der Bestimmung im § 3 Nr. 2 für solche Räume zugelassen werden, in denen auf die darin beschäftigten Personen ein größerer als der im § 3 Nr. 5 bezeichnete Luftraum entfällt.

§ 13. Die unteren Verwaltungsbehörden können für diejenigen Werkstätten, in welchen ausschließlich das Einrollen fertiger Wickel vorgenommen wird, auf Antrag Ausnahmen von den Bestimmungen des § 4 unter der Bedingung zulassen, daß hinsichtlich des Lagerns von Tabak, Halbfabrikaten oder angefertigten Zigarren die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 beachtet werden müssen.

§ 14. Für die zur Zeit des Erlasses dieser Bestimmungen bestehenden Werkstätten können von der unteren Verwaltungsbehörde auf Antrag Ausnahmen von den Bestimmungen im § 3 für die Zeit bis zum 1. Januar 1919, von den Bestimmungen im § 4 für die Zeit bis zum 1. Januar 1916 zugelassen werden.

VI. Kontrolle und Aufsicht.

§ 15. Sollen zur Herstellung von Zigarren erforderliche Verrichtungen oder das Abrippen von Tabak oder das Sortieren von Zigarren in der Hausarbeit vorgenommen werden, so hat dies derjenige, welcher das Verfügungsrecht über den als Werkstätte in Aussicht genommenen Raum hat, vor dem Beginne der Beschäftigung unter Angabe der Lage der Werkstätte schriftlich der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

Das Gleiche gilt, wenn Kinder oder junge Leute (§ 6 Abs. 1 Nr. 1, § 7) in der Werkstätte tätig sein sollen.

Die nach Abs. , 2 erforderlichen Anzeigen können gemeinsam erstattet werden.

Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend für Betriebe, die beim Inkrafttreten dieser Bestimmungen bereits bestehen.

§ 16. Für Werkstätten der im § 1 bezeichneten Art muß, soweit es sich nicht um Arbeitsstellen im Freien handelt, ein von der Ortspolizeibehörde unterzeichneter Ausweis vorhanden sein, in welchem bescheinigt ist, daß die Räume, in denen das Abrippen von Tabak, das Wickeln, Rollen oder Sortieren von Zigarren vorgenommen wird, den Anforderungen des § 3 Nr. 1 bis 4 genügen.

Außerdem muß aus dem Ausweis ersichtlich sein:

1) die Länge, Breite und Höhe dieser Räume,
2) der Inhalt des Luftraums in Kubikmetern,
3) die Zahl der Personen, welche gemäß § 3 Nr. 5 darin beschäftigt sein dürfen,
4) die von den zuständigen Verwaltungsbehörden gemäß den §§ 11 bis 14 etwa zugelassenen Abweichungen von den Vorschriften der §§ 3, 4.

Der Ausweis ist von demjenigen, welcher das Verfügungsrecht über den als Werkstätte benutzten Raum hat (§ 15), auf Erfordern der Ortspolizeibehörde sowie den Gewerbeaufsichtsbeamten (§ 39b der Gewerbeordnung) oder den statt dieser gemäß § 17 Abs. 1 des Hausarbeitgesetzes für die Aufsicht bestimmten Stellen jederzeit zur Einsicht vorzulegen.

§ 17. Gewerbetreibende, die außerhalb ihrer Arbeitstätte in Werkstätten der im § 1 bezeichneten Arr zur Herstellung von Zigarren erforderliche Verrichtungen oder das Abrippen von Tabak oder das Sortieren von Zigarren vornehmen lassen, dürfen Hausarbeit nur für solche Werkstätten ausgeben, für welche ihnen der im § 16 bezeichnete Ausweis vorgelegt wird.

Sie sind verpflichtet, sich in angemessenen Zwischenräumen, mindestens halbjährlich, persönlich oder durch Beauftragte davon zu unterrichten, daß Einrichtung und Betrieb der Werkstätten den Anforderungen der §§ 3 bis 5 entsprechen.

VII. Schlußbestimmung.

§ 18. Die vorstehenden Bestimmungen treten am 1. Juli 1914 in Kraft; jedoch können die in den §§ 11 bis 14 bezeichneten Behörden die dort vorgesehenen Ausnahmen bereits vorher zulassen und die Ortspolizeibehörden den im § 16 vorgeschriebenen Ausweis bereits vorher ausstellen.

B. Königreich Preussen.

Gewährung einer Barleistung der Krankenkassen nach § 370 R.V.O. an Stelle der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung. Erlaß der Minister für Handel und Gewerbe, für Landwirtschaft usw. und des Innern vom 2. Dezember 1913 — M. f. H. III 10235, M. f. L. I A I a 5098, M. d. I. M 3233 —. An die Königlichen Oberversicherungsämter (außer denen für die Eisenbahndirektionsbezirke).

Nach den Beschlüssen des am 26. Oktober d. J. hier abgehaltenen Aerztetags und angesichts der Stellung, welche die Krankenkassenverbände dazu genommen haben, muß damit gerechnet werden, daß es an vielen Orten nicht gelingen wird, die demnächstige ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder durch schriftliche Verträge mit einer ausreichenden Anzahl von Aerzten sicherzustellen. Es ist daher zu erwarten, daß zahlreiche Krankenkassen beantragen werden, sie nach § 370 R.V.O. zu ermächtigen, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren.

Ueber die bei der Ausführung des § 370 a. a. O. zu beachtenden Grundsätze hat unter dem Vorsitz des Herrn Staatssekretärs des Innern eine Beratung von Vertretern der Bundesregierungen stattgefunden, in der folgendes vereinbart worden ist:

Es folgen die bereits in Nr. 23 über Tagesnachrichten (S. 909) mitgeteilten Grundsätze. Dann fährt der Min.-Erl. fort:

„Hierzu bemerken wir noch folgendes:

1. Wie ich, der mitunterzeichnete Minister für Handel und Gewerbe bereits in dem Erlasse vom 10. v. M. — III 9426 — ausgesprochen habe, dürfen die Krankenkassen nicht durch Versagen der Ermächtigung nach § 370 R.V.O. zur Annahme eines bestimmten Arztsystems genötigt werden, es sei denn, daß eine Kasse ohne Not die Gelegenheit der Vertragserneuerung dazu benutzen will, ein Arztsystem zu beseitigen, das schon bisher für denselben Kassenbezirk mit Zustimmung der Beteiligten und zu ihrer Zufriedenheit bestanden hat, und von dem bei im wesentlichen gleichbleibenden Voraussetzungen angenommen werden kann, daß es auch künftig befriedigend wirken werde.

Auch dürfen die Kassen nicht auf dem angegebenen Wege gezwungen werden, sich dem Spruche eines Schiedsgerichts zu unterwerfen, das über das Arztsystem bindend entscheiden soll.

Bei den Entscheidungen nach § 370 R.V.O. wird sodann der Anspruch

der Kassen als berechtigt anzuerkennen sein, die Arztverträge in ihren wesentlichen Bestimmungen mit den einzelnen Aerzten abzuschließen, ohne daß die ärztliche Organisation als Vertragspartei mitwirkt.

Wenn die Aerzte den Abschluß individueller Verträge verweigern, ist hierdurch die Voraussetzung der Anwendung des § 370 R.V.O. ohne weiteres erfüllt. Sofern indes nach den im einzelnen Falle vorliegenden Verhältnissen mit Bestimmtheit angenommen werden darf, daß Aerzte in ausreichender Anzahl auch ohne Abschluß schriftlicher Verträge die Krankenkassenbehandlung tatsächlich zu angemessenen Bedingungen besorgen werden, empfiehlt es sich, trotz des Mangels schriftlicher Verträge (§ 368 R.V.O.) einstweilen nicht einzugreifen, auch die Kasse zur Zurücknahme eines etwa nach § 370 R.V.O. gestellten Antrags zu veranlassen. Selbstverständlich kann es sich dabei nur um Duldung eines vorübergehenden, den formalen Anforderungen des Gesetzes nicht entsprechenden, tatsächlich aber befriedigenden Zustandes handeln.

Die Ausübung eines Zwanges auf die Kassen erscheint ferner im allgemeinen nicht zulässig hinsichtlich der Honorierung der ärztlichen Einzelleistungen und der verschiedenen Bemessung der Honorare nach Gruppen der Kassenmitglieder.

2. Die Erteilung der Ermächtigung nach § 370 R.V.O. soll nicht allgemein an die Bedingung geknüpft werden, daß die Kasse zunächst ihre etwaigen Mehrleistungen mindert oder beseitigt, um hindurch die finanzielle Leistungsfähigkeit zur Befriedigung erhöhter Honorarforderungen der Aerzte zu erwerben. Es können indes im einzelnen Falle die Verhältnisse so liegen, daß der Kasse eine Erhöhung der Beiträge — oder im Falle ihrer Verweigerung eine Minderung der Mehrleistungen — zugemutet werden kann, wenn diese Maßnahme notwendig ist, um an sich angemessenen Honorarforderungen der Aerzte genügen zu können.

Das Gleiche gilt hinsichtlich der Beschränkung der den freiwillig Beigetretenen zu gewährenden Kassenleistungen auf das Krankengeld (§ 215 R.V.O.).

3. Die Ermächtigung nach § 370 R.V.O. ist nur insoweit auszusprechen, als eine Kasse die Krankenpflege nicht in Natur zu leisten vermag.

4. Bei Erteilung der Ermächtigung sind in der Regel auch die im § 370 Abs. 2 Ziffer 2—4 vorgesehenen Bestimmungen zu treffen.

5. Auf Zahnärzte bezieht sich § 370 R.V.O. nicht (§ 364 a. a. O.)."

C. Königreich Bayern.

Begriff „Zahntechniker" im Sinne der §§ 122 und 123 der Reichsversicherungsordnung. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 17. November 1913.

Zu § 122 Abs. II.

Die Bader können innerhalb ihrer staatlich anerkannten Befugnisse nach § 2 Ziff. 2 und § 4 der Kgl. Verordnung über die Verhältnisse der Bader vom 31. März 1899 (GVBl. S. 111) für Krankenkassen selbständige Hilfe leisten; es kann ihnen hiernach auch das Reinigen und Ausziehen von Zähnen übertragen werden.

Zu § 123.

I. (I.) Als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist anzusehen, wer

1. 25 Jahre alt ist und die bürgerlichen Ehrenrechte besitzt,
2. eine dreijährige Lehrzeit bei einem im Deutschen Reiche ansässigen Zahnarzt oder verlässigen Zahntechniker durchgemacht und
3. eine dreijährige Tätigkeit als Gehilfe eines solchen Zahnarztes oder Zahntechnikers zurückgelegt hat oder im Deutschen Reiche mindestens vier Jahre selbständig als Zahntechniker im Hauptberufe tätig gewesen ist. Auf die dreijährige Gehilfentätigkeit und die vierjährige selbständige Ausübung der Zahntechnik wird die Zeit der Ausbildung an einer öffentlichen oder von dem Verbande der Dentisten im Deutschen Reiche betriebenen Lehranstalt angerechnet.

(II.) Außerdem dürfen keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit in Bezug auf das Zahntechnikergewerbe dartun. Auch darf das Gewerbe weder im Umherziehen noch mit Hilfe von Reisenden oder sonstigen Beauftragten, die Kunden anwerben, betrieben werden.

(III.) Als verlässig im Sinne des Abs. 1 Ziff. 2 und 3 kann ein Zahntechniker, dessen berufliche Befähigung nicht sonst einwandfrei feststeht, dann gelten, wenn er den Voraussetzungen der Absätze I und II genügt.

II. Als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist ferner anzusehen, wer vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung drei Monate lang im Auftrage von Versicherungsträgern, Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechtes, die ihren Sitz in Bayern haben, bei Zahnkrankheiten regelmäßige Hilfe geleistet oder in Bayern fünf Jahre lang die Zahntechnik selbständig ausgeübt hat. In beiden Fällen setzt die Anerkennung als Zahntechniker den Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte und den Mangel von Tatsachen voraus, die die Unzuverlässigkeit in bezug auf das Zahntechnikergewerbe dartun; auch darf das Gewerbe weder im Umherziehen noch mit Hilfe von Reisenden oder sonstigen Beauftragten, die Kunden anwerben, betrieben werden. Die Anerkennung im ersten Falle ist nur zulässig, wenn sie bis zum 1. März 1914, die Anerkennung im zweiten Falle, wenn sie binnen sechs Jahren nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung beantragt wird.

III. Auch Bader, die den Voraussetzungen der Ziff. I oder II entsprechen, sind als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzuerkennen. Bei der Prüfung der Voraussetzungen hat in Zweifelsfällen das Zahntechnikergewerbe gegenüber dem Badergewerbe als Hauptberuf zu gelten.

IV. In besonderen Ausnahmefällen kann das Oberversicherungsamt von der vollständigen Einhaltung der in Ziff. I und II vorgeschriebenen Fristen befreien, wenn die Befreiung zugleich im Interesse der Versicherten liegt.

V. (I.) Die Anerkennung als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung geschieht durch eine amtliche Feststellung der hierfür in Ziff. I und II vorgeschriebenen Voraussetzungen. Zuständig zu dieser Feststellung ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Zahntechniker seine gewerbliche Niederlassung hat. Das Versicherungsamt hat vor der Feststellung den zuständigen Bezirksarzt zu hören. Es kann namentlich in Zweifelsfällen auch eine Vertretung der Zahnärzte und der Zahntechniker (Bayerische Dentistenvereinigung, e. V.) gutachtlich einvernehmen.

(II.) Der Antrag auf Feststellung steht dem Versicherungsträger für den Zahntechniker zu, dem er die Zahnbehandlung bei Versicherten übertragen will. Dem Antrage sind die Nachweise für die Voraussetzungen der Anerkennung beizufügen. Der Zahntechniker selbst kann den Antrag nur stellen, wenn er zugleich schriftlich nachweist, daß er von einem Versicherungsträger mit der Zahnbehandlung der Versicherten betraut ist oder im Falle der Anerkennung betraut werden wird.

(III.) Die Entscheidung des Versicherungsamts ist dem Versicherungsträger und dem Zahntechniker zuzustellen.

(IV.) Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts kann der Versicherungsträger sowie der Zahntechniker binnen einem Monat nach der Zustellung Beschwerde zum Oberversicherungsamt einlegen. Dieses entscheidet endgültig.

(V.) Das Versicherungsamt hat ein Verzeichnis der Personen, die es als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannt hat, zu führen und auf dem Laufenden zu halten. Ein Auszug aus dem Verzeichnisse sowie jede Aenderung (s. Ziff. VI) ist dem Bezirksarzte für die Zahntechniker mitzuteilen, die in seinem Dienstbezirk ihre gewerbliche Niederlassung haben.

VI. (I.) Das Versicherungsamt hat die Anerkennung als Zahntechniker zurückzunehmen, wenn nachträglich die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren die Anerkennung erteilt wurde, wenn der Zahntechniker die bürgerlichen Ehrenrechte verliert, wenn er nachträglich sich als unzuverlässig in bezug auf das Zahntechnikergewerbe erweist oder das Gewerbe in der in Ziffer I Abs. II Satz 2 bezeichneten Art ausübt. Bei Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte kann die Zurücknahme auf die Dauer des Verlustes beschränkt werden.

(II.) Für die Zuständigkeit und das Verfahren gilt die Ziff. V entsprechend.

(III.) Von der Zurücknahme sind diejenigen Versicherungsämter zu verständigen, in deren Bezirk der Zahntechniker nach Ziff. VIII zugelassen worden ist, ohne daß er dort seine gewerbliche Niederlassung hat.

VII. Dem Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung darf nur die Behandlung der Zahnkrankheiten, nicht auch die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten übertragen werden. Als Zahnkrankheiten, die der Zahntechniker im Auftrage von Kassen behandeln darf, sind anzusehen: Zahnsteinansatz, einfache Karies ohne Erkrankung des Zahnnerven, tiefere Karies mit Erkrankung des Zahnnerven, tiefere Karies mit Zerfall des Zahnnerven und Wurzelhautentzündungen.

VIII. (I.) Die Behandlung von Zahnkrankheiten durch Personen, die als Zahntechniker nach Ziffer I—V anerkannt worden sind, darf — abgesehen von dem Falle des § 122 Abs. I, bei Badern auch von dem Falle des § 122 Abs. II — nur mit Zustimmung des Versicherten oder wenn diese nicht vorliegt, nur in solchen Orten oder Bezirken gewährt werden, für die das Versicherungsamt auf Antrag eines Versicherungsträgers ein Bedürfnis hierzu anerkannt hat. Ein solches Bedürfnis ist in der Regel anzuerkennen, wenn nicht genügend Zahnärzte vorhanden sind, die zu angemessenen Bedingungen die Behandlung der Versicherten in eigener Person oder durch approbierte Hilfsärzte übernehmen. Für die Zulassung von Zahntechnikern, die nach der Uebergangsvorschrift in Ziff. II die Anerkennung auf Grund fünfjähriger selbständiger Ausübung des Zahntechnikergewerbes erhalten haben, ist außerdem ein Bedürfnis nur anzunehmen, wenn auch keine Zahntechniker, die den Voraussetzungen der Ziff. I genügen, in genügender Zahl vorhanden sind.

(II.) Zuständig zur Entscheidung über die Bedürfnisfrage ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Zahntechniker zur Zahnbehandlung ohne Zustimmung des Versicherten zugelassen werden soll. Soll ein Zahntechniker in den Bezirken mehrerer Versicherungsämter zugelassen werden, so hat jedes Versicherungsamt für seinen Bezirk selbständig zu entscheiden; Versicherungsämter, in deren Bezirk der Zahntechniker nicht seine gewerbliche Niederlassung hat, haben von der rechtskräftigen Zulassung das Versicherungsamt des Niederlassungsortes zu verständigen. Ein Auszug aus dem Verzeichnisse sowie jede Aenderung ist dem Bezirksarzte für die Zahntechniker mitzuteilen, die in seinem Dienstbezirk ihre gewerbliche Niederlassung haben.

(III.) Die Zulassung setzt voraus, daß der Zahntechniker nach Ziff. I bis V als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannt ist.

(IV.) Die Anerkennung kann, wenn hierzu das Versicherungsamt nach Ziff. V zuständig ist, mit der Entscheidung über die Bedürfnisfrage in einem Beschlusse verbunden werden.

(V.) Wird die Anerkennung nach Ziff. VI zurückgenomen, so erlischt von selbst die Zulassung nach Ziff. VIII.

(VI.) Das Versicherungsamt hat vor der Entscheidung den Bezirksarzt zu hören. Es kann, namentlich in Zweifelsfällen auch eine Vertretung der Zahnärzte und der Zahntechniker (Bayerische Dentistenvereinigung, e. V.) gutachtlich einvernehmen. In der Entscheidung ist der Ort oder der Bezirk, für den die Zulassung erfolgt, der Zahntechniker, der für diesen Ort oder Bezirk zugelassen wird, sowie der Versicherungsträger, für dessen Bereich die Zulassung erfolgt, zu bezeichnen. Die Zulassung gilt nur nach Maßgabe dieser Bezeichnungen und ist widerruflich.

(VII.) Die Entscheidung des Versicherungsamts ist dem Versicherungsträger und dem Zahntechniker zuzustellen.

(VIII.) Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts kann der Versicherungsträger sowie der Zahntechniker binnen einem Monat nach der Zustellung Beschwerde zum Oberversicherungsamt einlegen. Dieses entscheidet endgültig.

(IX.) Jedes Versicherungsamt hat ein Verzeichnis der in seinem Bezirke nach Ziff. VIII zugelassenen Zahntechniker zu führen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.



